



**HAL**  
open science

# **Isolement social et solitude des personnes âgées en ville. Etat des connaissances et implications pour l'action publique**

Solène Le Borgne

## ► To cite this version:

Solène Le Borgne. Isolement social et solitude des personnes âgées en ville. Etat des connaissances et implications pour l'action publique. Géographie-Cités; Ecole des hautes Etudes en Sciences sociales (EHESS). 2025, pp.41. <halshs-05430677>

**HAL Id: halshs-05430677**

**<https://shs.hal.science/halshs-05430677v1>**

Submitted on 23 Dec 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-ND 4.0 - Attribution - No Derivative Works - International License

# SENIOR SOLITUDE

Rapport d'étape n°1

## ISOLEMENT SOCIAL ET SOLITUDE DES PERSONNES AGEES EN VILLE

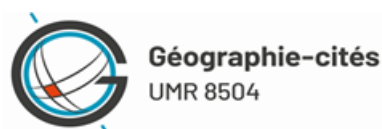
Etat des connaissances et implications pour l'action publique

Auteure : Solène Le Borgne

Ecole des Haute Etudes en Sciences Sociales

Coordination : Beatriz Fernandez, Sébastien Lechevalier

Ville de Paris, Direction des Solidarités, Sous-direction de l'Autonomie



## Sommaire

<b>Résumé exécutif</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Partie 1 : Isolement social et solitude dans les territoires urbains confrontés au vieillissement : état des lieux et enjeux</b> .....	<b>6</b>
1) Deux problématiques proches mais distinctes, aux modalités d'expression diverses .....	6
Des modalités d'expression diverses .....	9
2) Une augmentation de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées en ville, en France et à l'international .....	10
Une vulnérabilité des seniors parisiens ? .....	14
3) La solitude et l'isolement social des personnes âgées, un enjeu de santé publique majeur .....	15
Un enjeu de santé publique .....	16
4) Facteurs de risque de l'isolement social et de la solitude .....	16
a) Facteurs de risque individuels .....	17
b) Facteurs de risque structurels socioéconomiques .....	18
c) Facteurs de risque territoriaux .....	20
<b>Partie 2 : De l'invisibilité à la mise à l'agenda : quels cadrages politiques de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées en France et à l'international ?</b> .....	<b>23</b>
1) A l'international, une mise à l'agenda récente de la solitude, accélérée par le COVID-19 .....	23
2) Une spécificité française : la canicule de 2003 comme révélateur de l'isolement social des personnes âgées .....	24
3) Un regard critique sur les discours publics autour de l'isolement social et de la solitude .....	26
<b>Partie 3 : L'environnement urbain au cœur des sociabilités et de la participation des personnes âgées</b> .....	<b>28</b>
1) Une sociabilité diverse et ancrée dans l'espace urbain .....	28
Une diversité de liens sociaux dans la sociabilité des personnes âgées .....	28
Les lieux supports d'une sociabilité diverse .....	29
2) Caractéristiques spatiales de l'environnement urbain : des effets multiples et (in)directs sur le lien social des personnes âgées .....	30
<b>Conclusion : prévenir l'isolement social et la solitude des personnes âgées par le biais d'une action politique compréhensive</b> .....	<b>34</b>
<b>References</b> .....	<b>35</b>

## Liste des figures

Figure 1 Les 11 items de l'échelle de solitude de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld and Van Tilburg, 1999). .....	8
Figure 2 Part des personnes de tous âges se sentant seules par pays. Source : EU Loneliness Survey 2022, calculs des auteurs, N = 23 061. Des pondérations spécifiques à chaque pays ont été appliquées (Schnepf et al., 2024). .....	10
Figure 3 Prévalence du sentiment de solitude chez les personnes âgées en Europe. Source : European Centre for Social Welfare Policy and Research (Sandu et al., 2022; Buffel, 2024). .....	11
Figure 4 Incidence de la solitude chez les personnes âgées en Europe. Source Joint Research Centre European Commission (Casabianca and Kovacic, 2022).....	11
Figure 5 Incidence de la solitude sévère chez les personnes âgées en Europe. Source Joint Research Centre European Commission (Casabianca and Kovacic, 2022) .....	12
Figure 6 Mesures de l'augmentation de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées au Japon entre 2018 et 2014 (Cabinet Office Japan, 2024). .....	13
Figure 7 Solitude fréquente chez les personnes âgées (65 ans et plus) vivant seules et chez celles vivant avec au moins une autre personne (en %), 2016, European Centre for Social Welfare Policy and Research (Sandu et al., 2022).....	17
Figure 8 Solitude fréquente chez les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus (en %), 2016, European Centre for Social Welfare Policy and Research (Sandu et al., 2022). .....	19

## Résumé exécutif

La solitude et l'isolement social des personnes âgées constituent des enjeux croissants dans un contexte de vieillissement démographique et de croissance des centres métropolitains tels que Paris. Si ces phénomènes ont longtemps été sous-estimés dans l'agenda politique, plusieurs crises – notamment la canicule de 2003 et la pandémie de Covid-19 – ont révélé leur ampleur et leurs conséquences sociales et sanitaires. Ce rapport propose une revue de la littérature scientifique et institutionnelle française et internationale sur ces questions, avec une focale sur les contextes urbains.

Le rapport s'organise en trois parties. La première clarifie les définitions de l'isolement social (état objectif de faiblesse des liens sociaux) et de la solitude (expérience subjective), tout en montrant que ces deux dimensions peuvent coexister ou diverger. Elle identifie les principaux facteurs de risque associés, notamment : l'état de santé, le fait de vivre seul.e, le genre, les conditions socio-économiques, la perte d'autonomie, les parcours migratoires, les configurations résidentielles et les inégalités territoriales. Si les personnes âgées sont souvent perçues comme repliées socialement, la majorité reste active et insérée, ce qui invite à dépasser les stéréotypes et à penser cette catégorie de population dans sa diversité.

La deuxième partie analyse la mise à l'agenda politique de la solitude et de l'isolement social dans divers pays (France, Angleterre, Japon, Canada, Espagne). Ces problématiques sont de plus en plus intégrées aux politiques publiques, mais selon des cadrages variables : approche sanitaire, question de la participation sociale, enjeu de cohésion ou de vulnérabilité. Le rapport met en évidence la diversité des réponses institutionnelles et les risques d'un cadrage mettant en avant la dimension individuelle de la solitude au détriment de ses aspects structurels et sociétaux.

La troisième partie explore les liens entre environnement urbain et sociabilités. Elle montre que les caractéristiques physiques et sociales du cadre de vie – accessibilité des espaces publics, mixité sociale, densité des services, existence de lieux intermédiaires de rencontre – influencent fortement les capacités relationnelles des personnes âgées. A l'inverse, les processus de changement urbain, notamment de gentrification, peuvent contribuer au délitement du lien social particulièrement pour les personnes âgées. L'approche par les infrastructures sociales et les « petits lieux du vieillissement » (seuils, commerces de proximité, espaces collectifs) permet de penser des leviers d'action concrets contre l'isolement.

Le rapport plaide en faveur d'une lecture territorialisée et multidimensionnelle de la solitude et de l'isolement social au grand âge. Il souligne le rôle central que peuvent jouer les collectivités locales, à condition de mieux articuler politiques sociales, urbaines et de santé, et de repenser les environnements urbains à partir des usages et des rythmes de vie des aînés.

## Introduction

Longtemps restées en marge des préoccupations publiques, la solitude et l'isolement social des personnes âgées font désormais l'objet d'une attention croissante de la part des acteurs des politiques publiques en France comme à l'étranger. Ce phénomène, qualifié de « problème social très largement invisible », refait néanmoins régulièrement surface dans l'agenda médiatique et politique, souvent à la faveur de crises sanitaires ou sociales (Argoud, 2016, 2023). En France, la canicule de 2003 a constitué un moment décisif en révélant brutalement l'ampleur de l'isolement de certaines personnes âgées, tandis que la pandémie de Covid-19 a ravivé ces inquiétudes à l'échelle mondiale. Ces épisodes ont contribué à inscrire durablement la question de l'isolement des aînés à l'agenda des politiques publiques, tout en révélant ses dimensions multiples, systémiques et territoriales.

Dans un contexte plus large de transition démographique, le vieillissement de la population constitue un enjeu majeur pour les sociétés urbaines contemporaines, transformant en profondeur les dynamiques démographiques, sociales, économiques et spatiales des territoires (Hochstenbach, 2019). Dans les pays de l'OCDE, la part des personnes âgées de 65 ans et plus est passée de moins de 9 % en 1960 à plus de 17 % en 2010, et devrait atteindre 27 % en 2050. L'augmentation est particulièrement marquée chez les plus âgés : la proportion des 80 ans et plus devrait plus que doubler, passant de 4,6 % en 2019 à 9,8 % en 2050 (OCDE, *Health at a Glance*, 2021). Bien que les villes aient généralement une population plus jeune que les zones rurales, elles connaissent un vieillissement rapide. Entre 2000 et 2022, dans l'ensemble des agglomérations urbaines des 35 pays de l'OCDE disposant de données, le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes en âge de travailler (20-64 ans) a augmenté. En moyenne, cette proportion devrait passer de 20,9 % en 2020 à 27,9 % en 2040 dans 29 pays de l'OCDE (OECD, *Cities for All Ages*, 2025). Dans le même temps, de nombreuses grandes villes – comme Paris – continuent d'attirer des populations jeunes et de croître, ce qui peut sembler contradictoire avec les dynamiques de vieillissement et constitue un défi de taille pour les politiques publiques.

Parmi les défis soulevés par le vieillissement de la population métropolitaine, l'isolement social et la solitude des personnes âgées apparaissent ainsi comme des préoccupations majeures. L'augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules, parfois éloignées de leur entourage ou confrontées à des environnements peu adaptés, accroît la probabilité de ruptures relationnelles durables. Dans des contextes urbains marqués par la densité, l'anonymat et la mobilité résidentielle, les opportunités de lien social peuvent se fragiliser, en particulier pour les plus âgées. Ces situations ne relèvent pas seulement de trajectoires individuelles, mais s'ancrent dans des dynamiques collectives, sociales et territoriales (Barreto *et al.*, 2024; van de Velde, 2025). L'urbanisation du vieillissement rend plus saillante encore la nécessité d'interroger les conditions qui favorisent ou entravent le maintien des sociabilités à un âge avancé.

Cette mise en visibilité croissante s'accompagne néanmoins d'un paradoxe. Si les personnes âgées sont fréquemment perçues comme plus isolées, la majorité des seniors – notamment les 65-79 ans – demeurent actifs et socialement intégrés (Buffel, 2024). Cette tension entre

représentation stigmatisante et réalité sociale appelle une approche plus fine, articulant les dimensions objectives et subjectives de la solitude, les parcours biographiques et les contextes structurels. Alors que les jeunes générations apparaissent aujourd'hui comme les plus touchées par le sentiment de solitude, les personnes âgées restent les plus exposées à l'isolement social en raison de facteurs cumulatifs liés à l'état de santé, à la précarité ou à la perte d'autonomie (Menec *et al.*, 2019; Saito *et al.*, 2021).

Ce rapport s'attache à dresser un état des lieux des connaissances sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées dans les villes, en s'appuyant sur la littérature scientifique française et internationale. Il vise à identifier les dynamiques à l'œuvre, les principaux facteurs de risque, les enjeux sociétaux et de politique publique, et les conditions de la mise à l'agenda de ces problématiques.

Le document est structuré en trois parties. La première propose un cadrage conceptuel et empirique, en distinguant les dimensions objectives (isolement social) et subjectives (solitude), et en identifiant les facteurs de risque individuels, structurels et territoriaux. La deuxième partie revient sur les processus de mise à l'agenda de ces problématiques, en France et dans d'autres pays, en examinant les discours et les cadrages politiques qui ont orienté les réponses institutionnelles. Enfin, la troisième partie explore le rôle de l'environnement urbain dans le façonnement des liens sociaux au grand âge, et met en lumière les enjeux spécifiques aux territoires métropolitains en matière de lutte contre l'isolement social.

## **Partie 1 : Isolement social et solitude dans les territoires urbains confrontés au vieillissement : état des lieux et enjeux**

### 1) Deux problématiques proches mais distinctes, aux modalités d'expression diverses

Dans les sociétés urbaines marquées par le vieillissement démographique, l'isolement social et la solitude des personnes âgées constituent donc des enjeux sociaux et politiques majeurs. Ces deux notions, bien que souvent confondues, renvoient à des réalités différentes que les chercheurs et institutions s'efforcent de distinguer. L'isolement social est généralement défini comme un état objectif pouvant être mesuré, caractérisé par l'absence de liens ou de contacts sociaux avec autrui, incluant les relations avec la famille, les amis, les connaissances et les voisins (de Jong Gierveld *et al.*, 2006; Sandu *et al.*, 2022; Buffel, 2024). En France, une approche plus large a été proposée par le Conseil économique, social et environnemental, qui souligne non seulement le nombre de relations sociales, mais aussi leur qualité, en précisant que des relations insuffisantes ou inadéquates peuvent entraîner souffrance, vulnérabilité et entraver la participation sociale (Serres, 2017, p. 15).<sup>1</sup> Dans leur baromètre *Solitude et isolement*, les Petits frères des pauvres reprennent ces approches mais distinguent également les situations d'isolement social aggravé ou de « mort sociale », définie comme l'absence ou la quasi absence

---

<sup>1</sup> «L'isolement social est la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger » (Serres, 2017, p. 15). Cette approche est également reprise dans certaines études à l'échelle européenne (Sandu *et al.*, 2022).

de contacts avec les divers cercles de sociabilité – familiaux, amicaux, associatifs ou de voisinage (Petits Frères des Pauvres, 2021, p. 14).

La solitude, en revanche, renvoie à une expérience subjective, née d'un écart perçu entre les interactions sociales souhaitées et celles réellement vécues (de Jong Gierveld *et al.*, 2006).<sup>2</sup> Chez les personnes âgées, la solitude peut aller d'une émotion passagère à un état profond et douloureux, souvent associé à une atteinte du sentiment de valeur personnelle et de la capacité d'agir (*agency*) (Hauge and Kirkevold, 2012). Cette dimension subjective rend la solitude plus difficile à définir voire à appréhender dans les politiques publiques, mais les chercheurs insistent sur l'importance d'étudier ces deux facettes conjointement (Cornwell and Waite, 2009). **Prendre en compte ensemble la solitude et l'isolement social** permet en effet d'adopter une approche plus nuancée et réaliste du phénomène, comme le suggère Killeen (1998, p. 769) : « en fin de compte, la solitude fera toujours partie de nous ; cela dépend seulement de son intensité. La solitude n'a pas de solution. Ce n'est pas un puzzle que l'on peut achever. Elle peut être atténuée, rendue moins douloureuse, mais elle ne peut être éradiquée. Elle sera toujours là ; elle ne disparaîtra jamais. »

Ainsi, le sentiment de solitude perçue ne correspond pas nécessairement à un isolement social objectif. En France, 45,5 % des personnes âgées en situation d'isolement sévère ne se sentent pas isolées (Brunel and Eideliman, 2022), et cette distinction se retrouve à l'échelle européenne :

« Il est intéressant de noter que, si l'on retrouve certains pays aux extrémités du spectre – par exemple la Hongrie, Chypre, la Lituanie ou la Pologne parmi ceux où les niveaux sont les plus élevés, et la Suède, le Danemark, la Finlande ou les Pays-Bas parmi ceux où ils sont les plus faibles – comme c'est le cas pour la solitude, les deux mesures, à savoir la solitude et l'isolement social, ne se recoupent pas nécessairement. Cette observation confirme les travaux existants, qui montrent que, **bien que les deux notions soient liées, elles ne sont pas équivalentes** : une personne peut se sentir seule malgré un réseau social étendu et des contacts réguliers, et inversement, être socialement isolée sans pour autant éprouver un sentiment de solitude. Par exemple, au Portugal et en France, une proportion plus importante de personnes âgées déclarent ressentir de la solitude que ne présentent des signes d'isolement social. » (Sandu *et al.*, 2022, p. 16)

Dans les études internationales, les mesures qui sont le plus fréquemment utilisées sont l'échelle de solitude de De Jong Gierveld (Figure 1) et celle de l'Université de Californie Los Angeles (UCLA).

---

<sup>2</sup> Certaines études font également la distinction entre l'isolement social « réel » et l'isolement social « perçu » (Holt-Lunstad *et al.*, 2015).

1	There is always someone I can talk to about my day-to-day problems	Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan
2	I miss having a really close friend	Ik mis een echt goede vriend of vriendin
3	I experience a general sense of emptiness	Ik ervaar een leegte om me heen
4	There are plenty of people I can lean on when I have problems	Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen
5	I miss the pleasure of the company of others	Ik mis gezelligheid om me heen
6	I find my circle of friends and acquaintances too limited	Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt
7	There are many people I can trust completely	Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen
8	There are enough people I feel close to	Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel
9	I miss having people around	Ik mis mensen om me heen
10	I often feel rejected	Vaak voel ik me in de steek gelaten
11	I can call on my friends whenever I need them	Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht

Possible answers are yes! , yes , more or less , no , no! ( ja! , ja , min-of-meer , nee , nee! ). When face-to-face interviews or telephone interviews

Figure 1 Les 11 items de l'échelle de solitude de De Jong Gierveld (De Jong Gierveld and Van Tilburg, 1999).

En France, L'étude de l'isolement social de la DREES, quant à elle, s'appuie sur trois questions issues du module « seniors » de l'enquête CARE-Ménages afin d'évaluer le degré de sociabilité des personnes âgées. Deux de ces questions permettent de quantifier de manière objective la fréquence des visites de la part des amis et de la famille, tandis que la troisième explore, sur un mode subjectif, le ressenti d'un manque de relations sociales :

« Question 1. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré et passé du temps avec des personnes de votre famille qui ne vivent pas avec vous ?

- Question 2. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous rencontré et passé du temps avec vos amis ou vos voisins qui ne vivent pas avec vous ?

- Question 3. Aimerez-vous voir votre famille ou vos amis... Plus souvent / Aussi souvent / Moins souvent » (Brunel and Eideliman, 2022, p. 7, les réponses proposées renvoient à la fréquence).

La connexion entre les dimension objectives et subjectives de l'isolement social et de la solitude est ainsi résumée par Tine Buffel (2024) :

		SUBJECTIF	
		Satisfait	Insatisfait
OBJECTIF	Réseau social important	Socialement résilient	Souffrant de solitude
	Réseau social limité / inexistant	Socialement isolé	Socialement isolé et souffrant de solitude

Il est donc essentiel de bien saisir les liens et les distinctions entre isolement social et solitude – et c'est l'un des objectifs de cette revue de littérature – pour comprendre les dispositifs de politique publique qui leur sont consacrés, car ces interventions sont à la fois façonnées par les représentations que s'en font les acteurs publics et susceptibles de privilégier l'une ou l'autre dimension du problème.

*Des modalités d'expression diverses*

L'isolement social et le sentiment de solitude des personnes âgées se manifestent souvent à travers des ruptures soudaines – telles que le décès de proches, l'érosion du réseau amical ou de voisinage, ou encore la perte d'autonomie – qui détériorent progressivement et durablement la qualité des liens sociaux (Riffaut *et al.*, 2024). La solitude et l'isolement sont des vécus profonds, inscrits dans la durée et le quotidien de ceux qui les subissent. Ils ne se résument pas à l'absence de lien social, mais engagent aussi un rapport personnel à soi. La solitude et l'isolement se manifestent ainsi de multiples façons : sentiment d'abandon, impression de ne plus avoir de rôle social, voire exclusion et mort solitaire dans les situations les plus extrêmes. Ils s'expriment aussi par l'ennui, la perception d'un temps long et vide, ou encore par l'attente – d'un logement, d'une réponse administrative, ou, dans les cas les plus marqués, de la mort elle-même, un temps suspendu marqué par l'incertitude et l'impuissance (*ibid.*). Le sentiment de solitude recouvre ainsi quatre dimensions majeures : sociale, émotionnelle, collective et existentielle (Buffel, 2024; Cotterell *et al.*, 2025).

<b>Solitude sociale</b>	<b>Solitude émotionnelle</b>	<b>Solitude collective</b>	<b>Solitude existentielle</b>
Sentiment de ne pas disposer d'un réseau social élargi.	Sentiment de ne pas avoir de relation intime, proche, profonde sur le plan émotionnel. Différence entre solitude émotionnelle liée à la famille/aux amis et solitude émotionnelle liée au couple.	Sentiment de ne pas être relié à un groupe social ou de manquer d'une identité sociale partagée. L'accent n'est pas mis sur les relations interpersonnelles, mais sur le lien à des groupes sociaux (Cacioppo <i>et al.</i> , 2015).	Sentiment de séparation plus vaste, lié à la condition humaine elle-même, et plus particulièrement à une absence de sens dans la vie (Larsson <i>et al.</i> , 2019).

Le baromètre de l'isolement social et de la solitude des Petits Frères des Pauvres (2021) distingue quant à lui trois profils d'acceptation de la solitude et l'isolement, soulignant la diversité des réactions à l'isolement ou à la solitude allant de l'acceptation à la souffrance :

- Les solitaires vivent seuls mais trouvent un certain équilibre et tirent une forme de satisfaction de cette solitude. Malgré des soucis de santé ou d'isolement, ils gardent un rapport apaisé au monde.
- Les esseulés souffrent de leur solitude sans parvenir à surmonter un traumatisme passé. Leur angoisse est forte et ils ont le sentiment d'être mis à l'écart de la société.
- Les abandonnés vivent une détresse profonde, ne sortent plus seuls et ressentent durement leur dépendance. Leur isolement physique s'accompagne d'une grande souffrance morale.

L'isolement social et la solitude représentent de ce fait une inquiétude importante pour les personnes âgées : en 2021, 5,2 millions de seniors, soit 29 % des 60 ans et plus (en légère hausse par rapport à 2017), se déclaraient préoccupés par ces enjeux. Leurs principales angoisses – la perte de proches (78 %), la perte d'autonomie (55 %) et les problèmes de santé (52 %) – représentent autant de facteurs qui aggravent ces situations d'isolement (Petits Frères des Pauvres, 2021).

## 2) Une augmentation de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées en ville, en France et à l'international

A l'échelle européenne, le phénomène de solitude et d'isolement social est en progression constante ces dernières années, et notamment parmi les personnes âgées, malgré des disparités marquées entre les pays. Cette tendance a notamment été confirmée par « l'enquête européenne sur la solitude [EU Loneliness Survey], une enquête transversale menée en 2022 dans les 27 États membres de l'Union européenne [qui] confirme que la solitude constitue un phénomène largement répandu [en Union européenne] » (Schnepf *et al.*, 2024, p. 34). En 2022, plus d'un tiers des Européens de tous âges se disaient seuls au moins occasionnellement, et 13 % la plupart du temps (Berlingieri *et al.*, 2023; Schnepf *et al.*, 2024) (Figure 2). Ce taux a fortement augmenté pendant la pandémie de Covid-19, atteignant 25 % durant les premiers mois en 2020 (Baarck *et al.*, 2022; Sandu *et al.*, 2022).

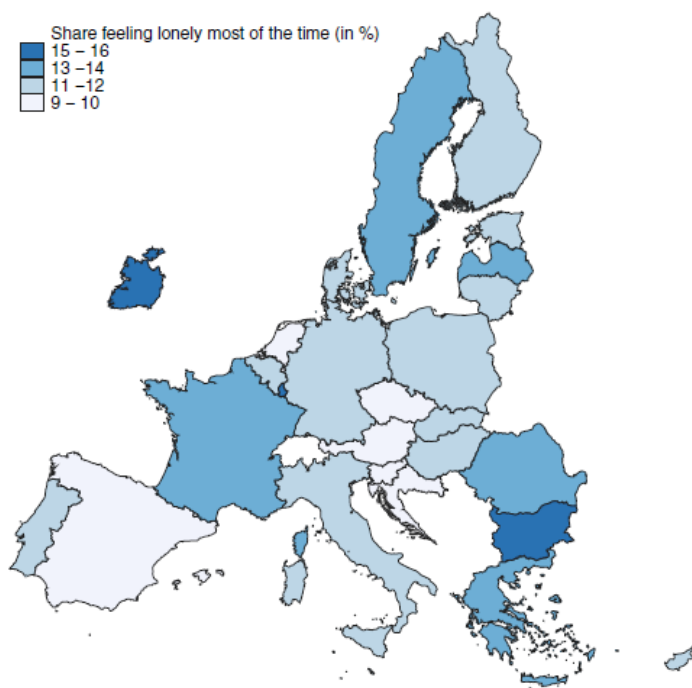


Figure 2 Part des personnes de tous âges se sentant seules par pays. Source : EU Loneliness Survey 2022, calculs des auteurs, N = 23 061. Des pondérations spécifiques à chaque pays ont été appliquées (Schnepf *et al.*, 2024).

Cette tendance européenne se retrouve chez les personnes âgées, chez qui la prévalence de la solitude a également connu une nette augmentation dans la dernière décennie, et varie selon les régions de l'Union européenne. En 2016, « environ une personne âgée sur dix (65 ans et plus) dans l'Union européenne [avait] éprouvé un sentiment de solitude tout le temps ou la plupart du temps » (Buffel, 2024, p. 10) (Figure 3). Néanmoins, ce taux varie fortement selon les régions. La solitude des personnes âgées est plus marquée en Europe du Sud et de l'Est (entre 31 % et 46 %), tandis qu'elle reste inférieure dans les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest (entre 10 % et 30

%), y compris dans ses formes les plus prononcées (Casabianca and Kovacic, 2022; Sandu et al., 2022) (Figure 4, Figure 5).<sup>3</sup>

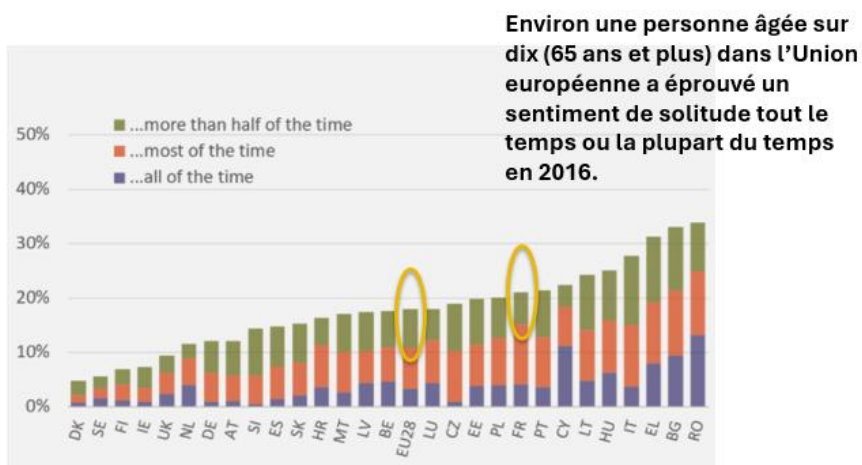


Figure 3 Prévalence du sentiment de solitude chez les personnes âgées en Europe. Source : European Centre for Social Welfare Policy and Research (Sandu et al., 2022; Buffel, 2024).

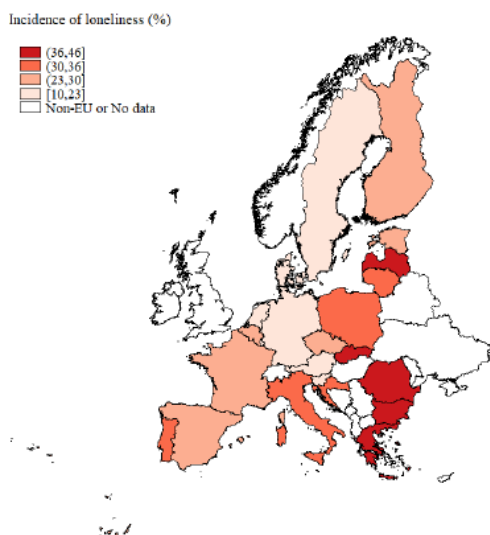


Figure 4 Incidence de la solitude chez les personnes âgées en Europe. Source Joint Research Centre European Commission (Casabianca and Kovacic, 2022)

<sup>3</sup> Il est à noter que les données disponibles via les études menées à l'échelle européenne privilégie la solitude plutôt que l'isolement social.

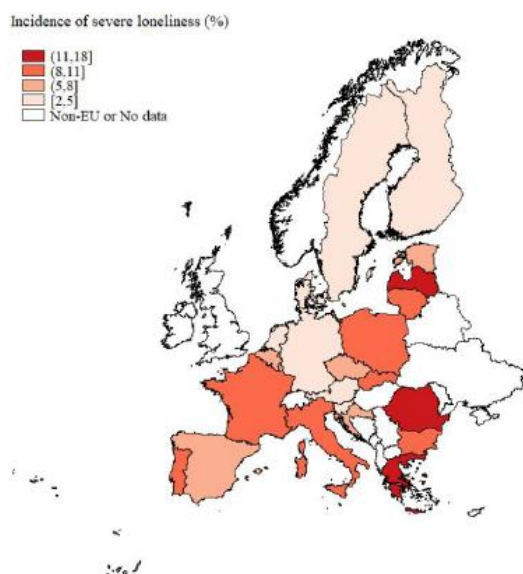
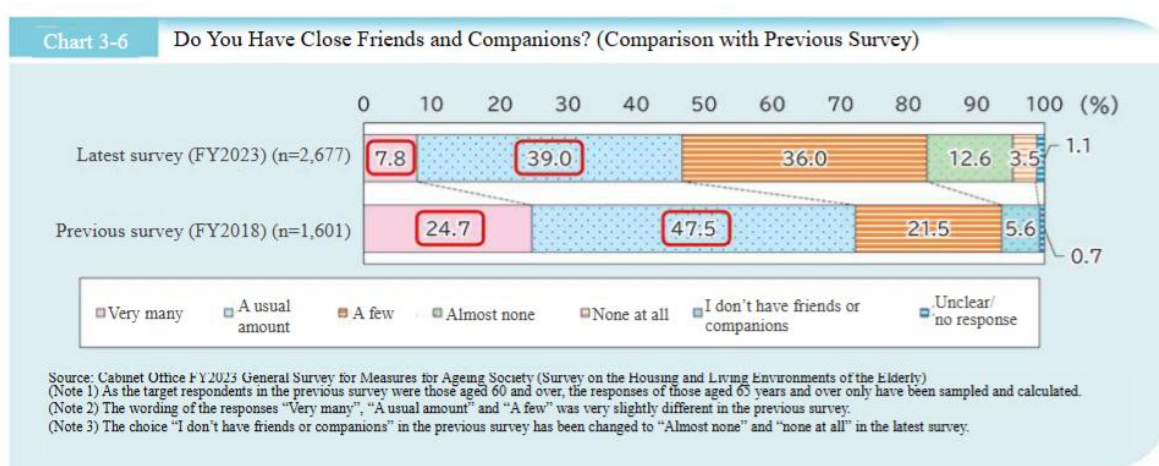


Figure 5 Incidence de la solitude sévère chez les personnes âgées en Europe. Source Joint Research Centre European Commission (Casabianca and Kovacic, 2022)

A l'international, les pays où les phénomènes de solitude et d'isolement social sont particulièrement documentés permettent de constater qu'il ne s'agit pas d'une tendance restreinte à l'Europe. Au Japon pays avec la plus forte proportion des personnes âgées au monde, l'édition 2024 du rapport annuel sur le vieillissement de la société japonaise constate une nette augmentation des situations d'isolement social ou de solitude : « Par rapport à la précédente enquête (exercice 2018), la proportion de personnes âgées déclarant avoir de nombreux amis proches ou un nombre habituel de compagnons a fortement diminué. En outre, la proportion de personnes âgées qui parlent à quelqu'un chaque jour a considérablement baissé, une tendance particulièrement marquée chez les personnes âgées vivant seules » (Cabinet Office Japan, 2024, p. 9) (Figure 6).<sup>4</sup>



<sup>4</sup> La figure 6 montre l'évolution entre l'étude de 2023 (ligne du dessus) et celle de 2018 (ligne du dessous). On peut voir sur la droite des deux graphique que les réponses correspondant à un isolement social (« Je n'ai pas d'ami ou de compagnon » et « Je parle à des gens moins d'une fois par semaine ou presque pas ») ont significativement augmenté entre 2018 et 2023.

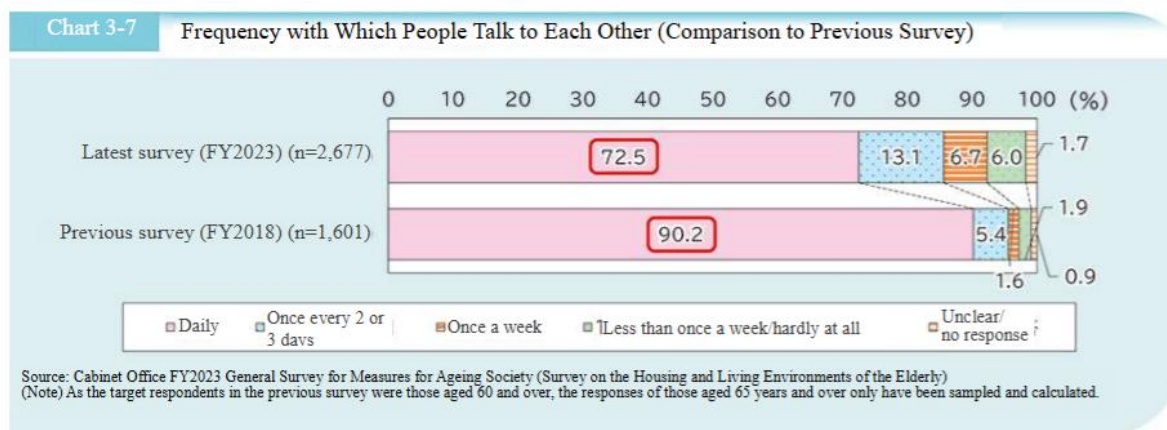


Figure 6 Mesures de l'augmentation de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées au Japon entre 2018 et 2014 (Cabinet Office Japan, 2024).

En France, les données disponibles documentent à la fois la solitude parmi toutes les catégories d'âge (Riffaut *et al.*, 2023, 2024), l'isolement social des seniors (Brunel and Eideliman, 2022), ainsi que la combinaison des deux problématiques chez les personnes âgées notamment pauvres (Petits Frères des Pauvres, 2021).

A l'échelle du pays, la sociabilité des personnes âgées reste globalement élevée, même à un âge avancé (Brunel and Eideliman, 2022). Selon l'enquête CARE-Ménages,<sup>5</sup> 71 % des 60 ans et plus ont des contacts réguliers avec leur famille et 73 % avec leurs amis. Toutefois, ces moyennes masquent des disparités : les 80 ans et plus ont des échanges plus fréquents avec leur famille que leurs amis, qu'ils voient moins souvent que les 60-79 ans. Malgré cela, plus de 60 % des seniors de 80 ans ou plus déclarent maintenir des liens réguliers avec leurs amis (Brunel and Eideliman, 2022).

Entre 2017 et 2021, l'isolement social des personnes âgées s'est fortement aggravé. Le nombre de seniors en situation de « mort sociale »<sup>6</sup> a augmenté de 77 %, passant de 300 000 à 530 000.<sup>7</sup> Parallèlement, ceux isolés à la fois de leur famille et de leurs amis sont passés de 900 000 à 2 millions, soit une hausse de 122 % (Petits Frères des Pauvres, 2021). Les 530 000 seniors en situation de mort sociale (Petits Frères des Pauvres, 2021) ou d'isolement social sévère (Brunel and Eideliman, 2022) représentent dix fois moins que le nombre de personnes âgées vivant seules, soulignant l'importance des relations sociales hors du ménage (Brunel and Eideliman, 2022). À l'inverse, seuls 21 000 seniors déclarent n'avoir ni famille ni amis, soit 4% des personnes âgées en situation d'isolement sévère, ce qui montre que la plupart disposent pourtant de contacts familiaux ou amicaux potentiels, mais non mobilisés. Enfin, l'isolement social sévère ne touche pas uniquement les personnes seules. Ainsi, parmi les 530 000 seniors sévèrement isolés, 41% d'entre eux vivent seuls (219 000 personnes), tandis que les 313 000 restants constituent des ménages isolés, qui ne reçoivent jamais la visite d'amis ni de membres de la famille extérieurs au foyer (*ibid.*).

<sup>5</sup> L'enquête CARE-Ménages (Capacités, aides et ressources des seniors en ménages) est réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

<sup>6</sup> Cette situation désigne des personnes qui « ne rencontrent jamais ou quasiment jamais d'autres personnes (réseau familial, amical, voisins, réseau associatif) » (Petits Frères des Pauvres, 2021, p. 24).

<sup>7</sup> Ces chiffres sont corroborés par ceux de l'enquête CARE-Ménages de la DREES qui comptabilise 532 000 seniors en situation d'isolement social sévère, c'est-à-dire ne voyant jamais leurs amis et famille ou n'en ayant pas (Brunel and Eideliman, 2022).

Si ces chiffres concernent les situations objectives d'isolement social, le sentiment de solitude chez les personnes âgées est également en progression. En 2021, 36 % des seniors, soit 6,5 millions de personnes, déclaraient se sentir seuls fréquemment, contre 31 % en 2017. Parmi eux, 14 % – environ 2,5 millions de personnes – ressentent cette solitude quotidiennement ou très souvent, contre 11 % quatre ans plus tôt (Petits Frères des Pauvres, 2021). Enfin, l'isolement social et la solitude des seniors sont renforcés par l'absence de relations de qualité : en 2021, 6,5 millions de personnes de 60 ans et plus déclaraient ne pas avoir de confident pour parler de sujets personnels, contre 4,7 millions en 2017 (Petits Frères des Pauvres, 2021).

Les données disponibles montrent que la solitude et l'isolement social ne concernent pas uniquement les personnes âgées, mais s'inscrivent dans une problématique sociétale plus large. En France,<sup>8</sup> le taux de personnes en situation d'isolement social est passé de 9 % en 2010 à 12 % en 2024. Le sentiment de solitude, quant à lui, touche une part bien plus importante de la population : en juillet 2024, près d'un quart des répondants déclaraient se sentir régulièrement seuls. Parmi eux, 24 % affirmaient souffrir fortement de cette solitude, et 57 % disaient en souffrir modérément, soit une progression de 6 points par rapport à 2023 (Riffaut *et al.*, 2024). Les personnes âgées ne sont pas celles qui présentent les niveaux les plus élevés de solitude ou d'isolement : ce sont les jeunes qui apparaissent comme les plus touchés, avec 35 % déclarant un sentiment de solitude (Riffaut *et al.*, 2024). A l'international, les travaux de recherche indiquent des dynamiques similaires concernant les tranches d'âges les plus jeunes (van de Velde *et al.*, 2024)

Cet état des lieux donne à voir une tendance en progression de l'isolement social comme de la solitude, en France comme à l'étranger, bien qu'avec des variations régionales importantes. Il nous rappelle par ailleurs que les personnes âgées ne sont pas les seules concernées, bien qu'elles fassent face à des problématiques spécifiques qui méritent une analyse dédiée.

#### *Une vulnérabilité des seniors parisiens ?*

S'il n'existe pas, à ce jour, de données spécifiques sur le sentiment de solitude ou l'isolement social des personnes âgées à Paris, plusieurs indicateurs indirects laissent entrevoir des fragilités potentielles de la capitale en matière d'isolement social des seniors. Plusieurs travaux récents de l'Atelier Parisien d'Urbanisme (APUR) sont particulièrement éclairants à ce propos. Ces facteurs sont relatifs au vieillissement de la population, à une précarité sociale accentuée, aux formes de sociabilité des parisiens et à la fréquence du vivre seul.

Premièrement, les centres métropolitains sont de plus en plus confrontés au vieillissement de leur population, notamment en raison du départ des populations jeunes qui entraîne une surreprésentation de la population âgée dans certains quartiers, et Paris ne fait pas exception (Fernández, 2024). Ainsi, en 2019, la Métropole du Grand Paris (MGP) comptait plus d'un million de personnes âgées de 65 ans et plus (1 052 398), soit 15 % de la population totale, contre 13 % en 1999. Cela représente une hausse de 26 % en 20 ans.<sup>9</sup> La part des 80 ans ou plus y a progressé plus fortement que celle des 65-74 ans (APUR, 2024a).<sup>10</sup> L'augmentation est particulièrement marquée à Paris (+2,3 points entre 1999 et 2019) (*ibid.*). D'ici 2050, les 65 ans et plus devraient

---

<sup>8</sup> Les données à l'échelle de la France sont issues de l'enquête annuelle Les solitudes en France de la Fondation de France.

<sup>9</sup> Parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 96 % résident à leur domicile : 61 % sont propriétaires, 24 % résident dans le parc social, et 15 % dans le parc privé locatif (APUR, 2024a).

<sup>10</sup> La MGP reste cependant plus jeune que la France métropolitaine dans son ensemble, où les 65 ans et plus représentent 20 % de la population.

atteindre 21 %, avec une hausse de 54 % du nombre de seniors, représentant environ 1,5 million de personnes âgées dans la MGP (APUR, 2021).

Deuxièmement, la vulnérabilité des seniors dans la métropole est d'autant plus accentuée par une précarité sociale supérieure à la moyenne nationale. Le taux de pauvreté chez les seniors de 60 à 74 ans dans la MGP atteint 15,2 %, un niveau supérieur à celui de l'Île-de-France (12,8 %) et de la France métropolitaine (10,5 %). Ce taux dépasse 25 % dans certaines communes du nord-est de la métropole (APUR, 2021).

Troisièmement, les seniors parisiens vivent plus souvent seuls. Parmi les personnes âgées de 80 ans ou plus vivant dans la MGP, 52 % vivaient seules en 2017, soit 148 412 individus, un taux supérieur à la moyenne observée en Île-de-France (50 %) et à la moyenne nationale (49 %).<sup>11</sup> Ces seniors vivant seuls résident en grande partie à Paris et dans les communes limitrophes de la capitale (APUR, 2021).

Enfin, bien que portant sur toutes les catégories d'âge, une étude de l'APUR révèle une problématique marquée de solitude dans la métropole : 23 % des habitants se sentent souvent ou très souvent seuls, tandis que 32 % disent ressentir la solitude de temps en temps. Le sentiment de solitude est fortement corrélé au nombre de proches : 60 % des personnes ayant moins de trois proches déclarent se sentir souvent seuls, contre seulement 13 % de celles qui comptent plus de 30 proches (APUR, 2024b) La solitude touche particulièrement les personnes vivant seules (32 % d'entre elles se sentent seules souvent ou très souvent). La diversité des types de proches joue un rôle protecteur : plus un individu dispose d'un réseau varié, moins il est exposé à la solitude (*ibid.*). L'ensemble de ces données confirment l'existence de facteurs de vulnérabilité qui, combinés, laissent entrevoir un risque accru d'isolement social des seniors dans la métropole.

Cette sous-partie permet ainsi d'identifier une série de facteurs de risque de solitude et d'isolement social à la fois individuels et structurels, mettant en avant la dimension sociétale d'une phénomène dont les effets sur la santé sont documenté par un corpus scientifique important.

### 3) La solitude et l'isolement social des personnes âgées, un enjeu de santé publique majeur

Les problématiques d'isolement social et de solitude des personnes âgées constituent un enjeu social et politique majeur, tout d'abord en raison de leur impact en terme de santé publique. En effet, la relation entre solitude, isolement social et santé a été largement explorée dans diverses disciplines, notamment les sciences infirmières (Killeen, 1998; Hauge and Kirkevold, 2012), la santé publique (Holt-Lunstad, 2017, 2020), la psychologie et les neurosciences (Holt-Lunstad et al., 2015). Si l'effet bénéfique du lien social et de la participation sur le bien-être émotionnel est reconnu de longue date, un nombre croissant d'études met en lumière les effets profonds de la solitude et de l'isolement social sur la santé physique (Holt-Lunstad, 2017).

La recherche en sciences médicales montre de manière constante que la solitude et l'isolement social sont associés à un risque accru de mortalité, au point d'être considérés comme des déterminants majeurs de décès prématuré (Patterson and Veenstra, 2010; Steptoe et al., 2013; Holt-Lunstad et al., 2015; Saito et al., 2021; Barnes et al., 2022). Selon Holt-Lunstad et al. (2015), la solitude représenterait un facteur de risque de mortalité prématurée plus important que l'obésité et la sédentarité réunies. Ses effets sur la santé seraient comparables à ceux d'une consommation quotidienne de 15 cigarettes. Plusieurs études montrent qu'un déficit de relations sociales accroît considérablement le risque de maladies cardiovasculaires,

---

<sup>11</sup> La Métropole du Grand Paris compte 284 550 personnes âgées de 80 ans ou plus (APUR, 2021).

d'insuffisance cardiaque et d'accidents vasculaires cérébraux (Brummett *et al.*, 2001; Murberg, 2004; Friedmann *et al.*, 2006; Kamiya *et al.*, 2010; Cené *et al.*, 2012; Valtorta *et al.*, 2016). L'isolement social est également associé à une morbidité accrue et à des réponses physiologiques négatives, telles qu'un niveau d'inflammation élevé (Holt-Lunstad, 2020). La santé cognitive est également concernée : l'isolement social a été corrélé à un risque accru de démence et de déclin cognitif (Wilson *et al.*, 2007; Kuiper *et al.*, 2015). La solitude a également été identifiée comme un facteur de risque majeur pour les troubles de la santé mentale, en particulier la dépression (Alpass and Neville, 2003; Adams *et al.*, 2004; Heikkinen and Kauppinen, 2004; Paul *et al.*, 2006; Theeke *et al.*, 2012; Matthews *et al.*, 2016). Toutefois, malgré ces associations bien documentées, les mécanismes causaux précis qui sous-tendent ces relations restent encore mal compris, et la recherche continue de s'attacher à identifier des stratégies d'intervention efficaces pour atténuer les risques sanitaires liés à la solitude et à l'isolement social (Courtin and Knapp, 2017).<sup>12</sup>

#### *Un enjeu de santé publique*

S'appuyant sur cette littérature médicale, de nombreuses études dans le domaine de la santé publique soutiennent que l'isolement social des personnes âgées, en raison de ses effets sur la santé mentale et physique, est susceptible de devenir un enjeu majeur de santé publique à l'avenir (Holt-Lunstad, 2017). Ces études plaident pour la nécessité de prévenir l'isolement social et la solitude comme une forme de prévention relevant du domaine de la santé (Holt-Lunstad, 2021). En outre, ces chercheurs estiment que les politiques de santé publique ayant un impact sur le lien social devraient être prises en compte dans l'ensemble des secteurs de l'action gouvernementale, y compris la santé, les transports, l'éducation, le logement, l'emploi, l'alimentation et la nutrition, ainsi que l'environnement (Holt-Lunstad, 2020). Toutefois, la recherche s'accorde globalement à dire qu'il est nécessaire de disposer de davantage de données probantes pour établir des interventions efficaces permettant de prévenir et de réduire l'isolement social et la solitude, et d'en limiter les effets sur la santé (Cotterell *et al.*, 2018; Holt-Lunstad, 2020).

#### 4) Facteurs de risque de l'isolement social et de la solitude

Cette partie s'appuie sur un ensemble d'études internationales, réalisées à différentes échelles géographiques – européenne (Fierloos *et al.*, 2021; Sandu *et al.*, 2022; Berlingieri *et al.*, 2023), japonaise et anglaise (Saito *et al.*, 2021), canadienne (Menec *et al.*, 2019), allemande (Hajek *et al.*, 2023) – ainsi que sur des revues de littérature systématiques internationales (Dahlberg *et al.*, 2022; Di Perna *et al.*, 2023), permettant d'identifier des facteurs de risque largement partagés à travers les cultures et les contextes nationaux. En croisant ces recherches, il est possible de distinguer trois grandes **catégories de déterminants de l'isolement social et de la solitude** chez les personnes âgées : 1/ **les facteurs de risque individuels**, liés aux trajectoires biographiques, à l'état de santé, à l'autonomie ou encore aux ruptures relationnelles ; 2/ **les facteurs structurels d'ordre socioéconomique**, tels que le genre, les ressources économiques et le parcours migratoire ; et 3/ **les facteurs structurels territoriaux**, liés notamment aux inégalités sociospatiales et aux différents contextes résidentiels.

Au-delà de ces dimensions objectives détaillées ci-dessous, certains travaux mettent également en évidence une composante subjective dans l'expérience de la solitude (Di Perna *et al.*, 2023). Celle-ci est renforcée par le sentiment d'exclusion de certains « temps sociaux collectifs »,

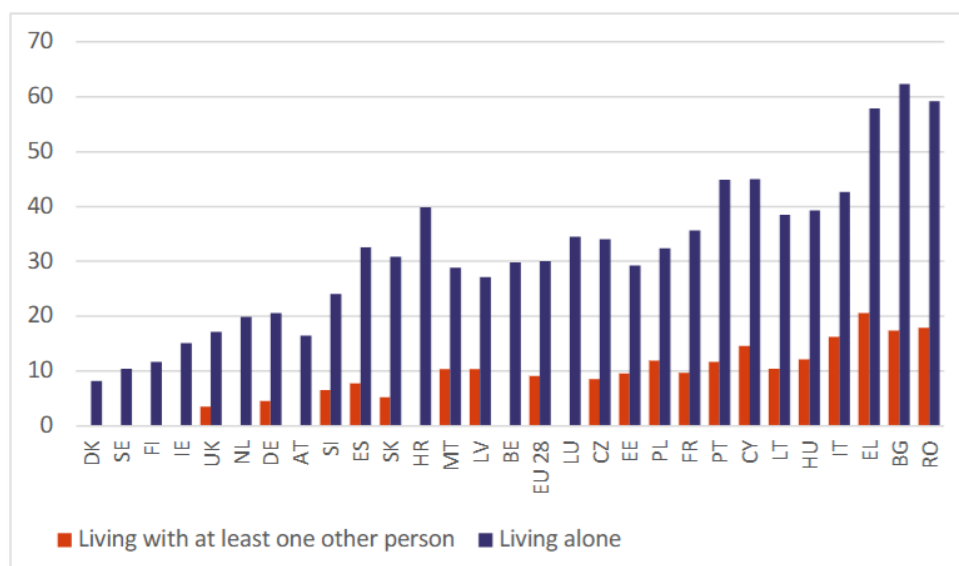
---

<sup>12</sup> Cette sous-partie ne présente qu'un aperçu non exhaustif des nombreuses recherches sur le lien entre solitude ou isolement social et santé (Pour un état de l'art approfondi sur ces questions, voir Holt-Lunstad *et al.*, 2015; Valtorta *et al.*, 2016; Dahlberg *et al.*, 2022).

comme les fêtes ou les vacances nationales. Selon l'enquête annuelle sur les Solitudes en France, un tiers des personnes interrogées déclarent ressentir un sentiment de solitude à ces occasions (Riffaut *et al.*, 2024). Les personnes inactives, en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi les personnes au foyer ou sans emploi, sont également plus nombreuses à éprouver une solitude marquée en semaine, due au décalage avec l'activité professionnelle de leur entourage (*ibid.*). Ces ressentis subjectifs, bien qu'intangibles, agissent comme des amplificateurs du sentiment de solitude, indépendamment des liens sociaux objectivement existants.

#### a) Facteurs de risque individuels

Le fait de ne pas vivre en couple (célibat, divorce, séparation, veuvage) constitue dans les études internationales le premier facteur de risque, associé de manière relativement constante avec l'isolement social et la solitude (Menec *et al.*, 2019; Saito *et al.*, 2021; Dahlberg *et al.*, 2022; Sandu *et al.*, 2022) (Figure 7). Cela se constate tout particulièrement chez les hommes (Di Perna *et al.*, 2023). Par exemple au Canada, Menec *et al.* (2019) constatent un effet marqué chez les hommes veufs. Cette dimension a toutefois tendance à varier en fonction des contextes culturels. Par exemple, « en Croatie, [parmi les personnes âgées vivant à domicile] vivre sans partenaire [n'est] pas associé à une augmentation de la solitude émotionnelle, mais au Royaume-Uni, en Grèce, aux Pays-Bas et en Espagne, cela [l'est] » (Fierloos *et al.*, 2021).



Source: EQLS 2016.

Notes: Countries are ordered according to Figure 2. For a number of countries (DK, SE, FI, IE, NL, AT, HR, BE, LU) data for those living with at least one other person are not included due to small number of observations.

Figure 7 Solitude fréquente chez les personnes âgées (65 ans et plus) vivant seules et chez celles vivant avec au moins une autre personne (en %), 2016, European Centre for Social Welfare Policy and Research (Sandu *et al.*, 2022).

L'état de santé – objectif ou perçu – constitue un autre déterminant majeur de l'isolement social et de la solitude. Plusieurs études montrent que la perception négative de sa santé est fortement associée à ces situations : Saito *et al.* (2021) dans une étude comparative entre le Japon et l'Angleterre, ainsi que Dahlberg *et al.* (2022) dans une revue de littérature systématique, soulignent que les personnes se percevant en mauvaise santé, ou souffrant de troubles dépressifs, sont davantage exposées à la solitude et à l'isolement. Au Canada, Menec *et al.* (2019) mettent également en évidence que l'accumulation de maladies chroniques accroît significativement le risque d'isolement social. Enfin, le baromètre des Petits Frères des Pauvres

(2021) montre comment un quotidien rythmé par les contraintes de santé peut freiner les sorties, limiter les interactions sociales et renforcer le repli sur soi.

En lien avec l'état de santé mais constituant un facteur de risque distinct, la perte d'autonomie et les altérations fonctionnelles qui l'accompagnent (mobilité réduite, difficultés dans les activités quotidiennes) constituent un facteur supplémentaire accentuant le risque d'isolement social (Menec *et al.*, 2019). Les conséquences de la perte d'autonomie sur l'augmentation de l'isolement social sont toutefois plus accentuées sur les relations amicales que familiales : si le niveau d'autonomie n'impacte peu le fait voir sa famille régulièrement, les relations amicales diminuent avec le niveau de dépendance (Brunel and Eideliman, 2022).

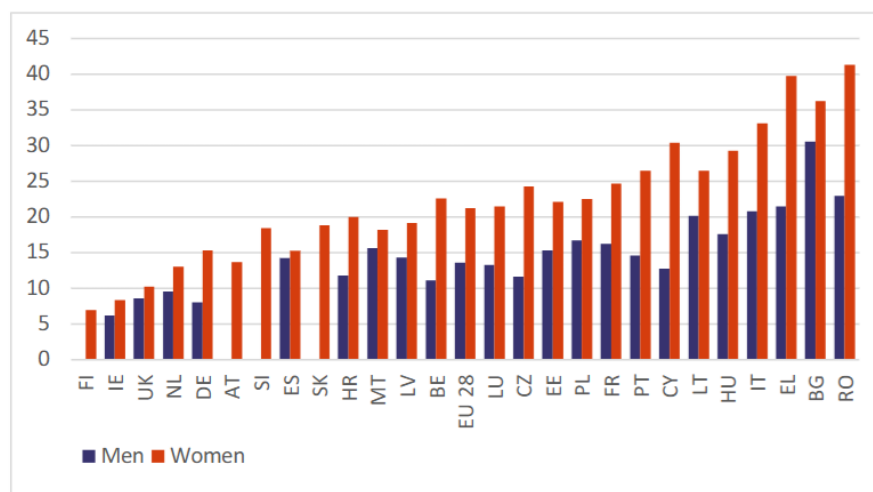
Enfin les ruptures dans la trajectoire de vie constituent un autre facteur de risque agissant au niveau individuel. L'isolement relationnel des personnes âgées s'enracine souvent dans des trajectoires de vie marquées par des ruptures profondes (Petits Frères des Pauvres, 2021; Di Perna *et al.*, 2023). Ce facteur se retrouve à la fois dans les études quantitatives comme une variable associée au risque de solitude (Di Perna *et al.*, 2023) que dans des approches qualitatives basées sur des récits de vie (Petits Frères des Pauvres, 2021). Parmi les événements les plus déterminants figurent d'abord les pertes affectives, comme le décès d'un conjoint, d'un enfant ou d'un frère ou d'une sœur, qui viennent briser les liens du quotidien et laisser un vide difficile à combler. À cela s'ajoutent les conflits familiaux ou les ruptures durables avec des proches, qui peuvent conduire à des situations d'éloignement relationnel parfois irréversibles, renforçant le sentiment d'abandon. Enfin, les déménagements ou relocalisations forcées (y compris ceux liés à des dynamiques de changement urbain et/ou de gentrification, voir Buffel and Phillipson, 2023a)<sup>13</sup> peuvent aussi provoquer une coupure brutale avec l'environnement familial et les repères sociaux construits au fil du temps. Ces expériences cumulées, loin d'être anecdotiques, constituent un terreau commun sur lequel peut se développer un isolement profond, souvent invisible dans un premier temps mais durable et structurant dans les parcours de vie (Petits Frères des Pauvres, 2021).

#### *b) Facteurs de risque structurels socioéconomiques*

La recherche met également en lumière les facteurs structurels d'ordre socioéconomique de la solitude et de l'isolement social, relatifs aux caractéristiques socio-économiques, de genre, et au parcours migratoire. Le genre apparaît comme un premier facteur de risque clairement identifié dans la littérature scientifique, les hommes ayant tendance à être davantage touchés par des situations d'isolement social (Menec *et al.*, 2019; Saito *et al.*, 2021). Par exemple, comparés aux femmes, les hommes présentent un risque 2,3 (au Japon) à 3 fois (en Angleterre) plus élevé d'avoir une fréquence de contact faible, indicative d'un isolement social sévère (Saito *et al.*, 2021). En revanche, les femmes ont plus tendance à exprimer un sentiment de solitude que les hommes (Sandu *et al.*, 2022) (Figure 8), et elles sont également plus susceptibles de ressentir de la solitude alors qu'elles vivent en couple (Di Perna *et al.*, 2023). La différence genrée se retrouve également comme médiatrice d'autres variables pouvant influencer la sociabilité ou l'isolement social. En Allemagne, Hajek *et al.* (2023), par exemple, montrent que lorsqu'on examine le rôle de la cohésion de quartier sur la solitude, les hommes sont davantage affectés par la proximité des contacts avec les voisins, tandis que les femmes le sont davantage par leur participation aux activités de quartier. Enfin, bien que moins à risque d'isolement social, les femmes se retrouvant dans ces situations peuvent selon les contextes en être particulièrement affectées. Au Japon par exemple, Saito *et al.* (2021) suggèrent que les situations d'isolement social engendrent pour les femmes d'autant plus de stress qu'elles sont relativement plus rares.

---

<sup>13</sup> Cet aspect est développé dans la suite du rapport, voir notamment la partie 3.



Source: EQLS 2016

Notes: Countries are ordered according to Figure 2. For Finland, Austria, Slovenia and Slovakia, data for men are not included due to small number of observations.

Figure 8 Solitude fréquente chez les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus (en %), 2016, European Centre for Social Welfare Policy and Research (Sandu et al., 2022).

La précarité et la faiblesse des revenus constituent un second facteur majeur aggravant l'isolement social dans les études françaises et internationales. Les personnes ayant les ressources les plus limitées sont les plus exposées à l'isolement relationnel que ce soit au Canada (Menec et al., 2019), en France (Riffaut et al., 2023) ou à l'échelle européenne (Berlingieri et al., 2023). En 2024 en France, 17 % des individus à faibles revenus se trouvent en situation d'isolement, contre seulement 7 % parmi ceux disposant de revenus élevés (Riffaut et al., 2024). Les personnes âgées à faible revenu sont plus nombreuses en situation de mort sociale, participent moins à la vie associative, voient moins leur amis et entretiennent moins de relations de voisinage, mais voient plus fréquemment leur famille, ce qui peut s'expliquer par la mobilité résidentielle moindre des ménages aux revenus les plus bas (Petits Frères des Pauvres, 2021). La solitude est également beaucoup plus fréquente chez les personnes sans emploi (Berlingieri et al., 2024). Le niveau d'éducation semble également corrélé au risque de solitude, avec un niveau d'éducation bas associé à un risque plus élevé (Di Perna et al., 2023). Enfin, distincte mais corrélée avec le niveau de revenus et plus prononcée pour les personnes dont les revenus sont les plus bas, la fracture numérique constitue un facteur de risque supplémentaire identifié par de nombreuses études internationales (Di Perna et al., 2023). En France par exemple, bien que celle-ci tende à se réduire et qu'Internet joue un rôle important dans le maintien du lien social, 3,6 millions de personnes âgées restent néanmoins exclues du numérique (Petits Frères des Pauvres, 2021).

Certaines études suggèrent également que la nationalité, l'origine culturelle et le parcours migratoire peuvent avoir une influence sur le sentiment de solitude, mais ces études – notamment celles portant spécifiquement sur les personnes âgées – sont peu nombreuses. De manière générale, ces travaux montrent que les personnes de tous âges ayant un passé migratoire déclarent des niveaux de solitude plus élevés que les populations natives (Ten Kate et al., 2020; Buecker et al., 2021; Di Perna et al., 2023; Berlingieri et al., 2024). Les chercheurs mettent en garde contre une représentation stéréotypée des personnes âgées d'origine immigrée comme prémunies contre l'isolement et la solitude du fait de réseaux de sociabilité plus denses et actifs, qui tendrait à invisibiliser les facteurs pouvant au contraire exacerber l'isolement pour ces populations (Buffel, 2024). Au Canada, de Jong Gierveld et al. (2015) montrent que la solitude n'est pas uniformément répartie parmi les personnes âgées d'origine immigrée. Les immigrés

issus de contextes culturels et linguistiques proches de celui du Canada ne présentent pas de différences notables, tandis que ceux venant de pays culturellement et linguistiquement éloignés sont nettement plus exposés à la solitude. Les travaux soulignent également le rôle déterminant de la structure des réseaux sociaux (famille et amis), ainsi que de l'implication dans la vie locale et du sentiment d'appartenance à la société canadienne dans l'expérience de la solitude chez ces populations. Au Royaume Uni, Cotterell *et al.* (2025) soulignent le rôle des inégalités structurelles rencontrées tout au long du parcours biographique sur les expériences de solitude à un âge avancé chez des personnes originaires du Sud-Est asiatique. L'étude met en lumière les effets de l'accumulation de difficultés et d'inégalités tels que le manque d'opportunités d'emploi et de formation, le stress lié à la migration, ainsi que des discriminations raciales et sexistes.

### c) Facteurs de risque territoriaux

Enfin, les études scientifiques suggèrent une influence des contextes territoriaux sur les risques et les formes d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées. En particulier, si ces problématiques concernent les personnes âgées dans des contextes résidentiels variés – qu'ils soient urbains, périurbains ou ruraux – les grandes métropoles comme Paris présentent des spécificités qui méritent une attention particulière.

D'abord, le **rôle du contexte urbain** dans la production ou l'aggravation du sentiment de solitude ou de l'isolement social a donné lieu à quelques études, dont le nombre reste limité et les résultats nuancés, mais qui suggèrent que l'isolement pourrait être plus prononcé dans les grandes agglomérations. Par exemple, une étude menée aux Pays-Bas a montré que la solitude des personnes âgées était plus marquée dans les villes, où la population est en grande partie composée de jeunes adultes, que dans les zones rurales (Broese van Groenou *et al.*, 1999). De même, l'étude de Havens *et al.* (2004) menée au Canada indique que la solitude tend à être légèrement plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural, un phénomène que les auteurs expliquent par des liens sociaux souvent plus distendus en ville. Plus récemment et à l'échelle européenne, les données issues de l'EU Loneliness Survey révèlent une relation en U entre la densité de peuplement et l'incidence de la solitude (tous âges confondus) : « La probabilité de ressentir de la solitude est la plus élevée parmi les 20 % de la population vivant dans les communes à plus faible densité. Les personnes résidant dans des zones très rurales sont donc non seulement plus susceptibles d'être socialement isolées, mais aussi davantage exposées au risque de solitude. Toutefois, en excluant ces localités très reculées, l'incidence de la solitude tend à augmenter avec la densité de population. Autrement dit, dans les grandes villes très densément peuplées, la proportion de personnes se sentant seules est également relativement élevée. » (Schnepf *et al.*, 2024, p. 51). Enfin, en France, « entre 2010 et 2013, l'isolement est resté stable en zones rurales mais a augmenté de 5 % dans les unités urbaines de 100 000 habitants et plus » (CGET, La Documentation française, 2019). Pour autant, Havens *et al.* (2004) insistent sur le fait que le lieu de résidence n'est pas nécessairement le facteur déterminant principal de la solitude ou de l'isolement social. Ce sont plutôt la structure et la qualité des liens sociaux, ainsi que certains facteurs individuels comme l'état de santé, le veuvage ou l'engagement dans la vie sociale, qui apparaissent déterminants. L'étude plaide donc pour des politiques sensibles au contexte local plutôt qu'une approche uniforme entre rural et urbain.

Par ailleurs, les vulnérabilités liées à l'isolement social des personnes âgées vivant en milieu métropolitain ne peuvent être dissociées des **fortes inégalités sociospatiales** qui caractérisent ces contextes. « L'anonymat des grandes métropoles contient en lui-même l'ingrédient qui à la fois nourrit la liberté et alimente le sentiment de solitude. En ville, certains groupes s'en sortent mieux que d'autres. Les populations socialement insérées, diplômées et aux revenus confortables jouissent d'une sociabilité plutôt vive, notamment dans des lieux publics (cafés,

bars, restaurants) dans lesquels les groupes aux revenus plus modestes se rendent peu » (Riffaut *et al.*, 2023, p. 9). Dans les grandes villes marquées par une ségrégation socio-économique prononcée, les problématiques d'isolement s'entremêlent ainsi à d'autres formes d'exclusion et de désavantage. Isolement et vulnérabilité sociale tendent à se renforcer mutuellement, rendant la situation des personnes âgées les plus précaires d'autant plus préoccupante. C'est pourquoi certaines villes engagées dans des démarches de type « Age-friendly cities » (telles que Bruxelles, Dublin, Manchester) identifient explicitement l'isolement social comme un enjeu stratégique dans la lutte contre l'exclusion des personnes âgées (Buffel & Phillipson, 2023a).

Enfin, les dynamiques de changement urbain caractéristiques des métropoles, et en particulier les phénomènes de gentrification, constituent un facteur aggravant de l'isolement. Plusieurs travaux ont mis en évidence comment cette dernière, en modifiant profondément les tissus sociaux, contribue à fragiliser les réseaux de sociabilité des résidents âgés, en réduisant leur capital social et en altérant leur sentiment d'appartenance au quartier (Scharf & de Jong Gierveld, 2008 ; Versey, 2018 ; Buffel & Phillipson, 2023b). Le départ de voisins de longue date, la fermeture de commerces de proximité familiers et l'arrivée de nouveaux habitants plus jeunes, souvent socialement éloignés, peuvent générer un sentiment de déconnexion, voire de dépossession, chez les aînés. Bien que les impacts sur les personnes âgées ne figurent pas parmi ceux les plus connus de la gentrification, ils méritent d'être pris en compte. Dans ce contexte, les stratégies de lutte contre l'isolement social mises en œuvre dans les villes labellisées « age-friendly » apparaissent comme des leviers essentiels pour répondre à ces défis, tout en s'inscrivant dans une perspective plus large de justice sociale et de lutte contre les inégalités urbaines (Buffel and Phillipson, 2023a; Buffel *et al.*, 2024).<sup>14</sup>

Cette première partie a permis de poser les fondements conceptuels et empiriques nécessaires à la compréhension de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées. Elle a tout d'abord distingué deux réalités interdépendantes mais distinctes : la solitude, expérience subjective d'un manque relationnel, et l'isolement social, objectivable par la rareté ou l'absence de contacts. Quoique ces deux dimensions soient distinctes, les travaux scientifiques nous invitent pourtant à les regarder conjointement. Ces phénomènes sont en augmentation, en France comme à l'international, notamment dans les contextes urbains, en lien avec le vieillissement démographique, les recompositions familiales et les transformations des modes de vie. Les personnes âgées sont parmi les groupes sociaux les plus concernés. Dans les grandes métropoles, ces dynamiques sont accentuées par l'anonymat, les mobilités résidentielles ou encore les inégalités socio-territoriales, qui fragilisent les plus âgés, en particulier ceux vivant seuls, ayant des réseaux familiaux ou de sociabilité faibles ou en situation de perte d'autonomie. La solitude et l'isolement ont par ailleurs des conséquences sanitaires majeures, équivalentes à d'autres facteurs de risque bien documentés, ce qui conduit à les reconnaître aujourd'hui comme un enjeu de santé publique majeur. Enfin, l'analyse des facteurs de risque a révélé des causes multiples et entremêlées – individuelles (état de santé, deuil, perte d'autonomie), structurelles (genre, précarité, origine migratoire, inégalités territoriales et contexte résidentiel) et subjectives (exclusion des temps collectifs, décalage avec les rythmes sociaux) – confirmant que ces expériences ne sont pas réductibles à des situations personnelles, mais relèvent aussi de dynamiques sociétales et territoriales (van de Velde, 2025).

---

<sup>14</sup> Cet aspect est développé plus en détail dans la partie 3 du rapport.

Dès lors, considérer la solitude et l'isolement social comme de simples expériences individuelles serait une erreur d'analyse. Il s'agit d'un problème public, dont les causes profondes sont aussi sociétales. Cette reconnaissance a des implications fortes pour l'action publique : au-delà du champ médical, des politiques sociales, culturelles, territoriales, urbaines ou encore numériques doivent être mobilisées pour répondre à cet enjeu. Comme le soulignent Sandu et al. (2022) : « La complexité des facteurs influençant le sentiment de solitude et l'isolement social – souvent enracinés dans des expériences et des événements survenus tout au long de la vie, parfois déclenchés par un événement unique et récent à un âge avancé – constitue un défi pour les politiques publiques qui visent à en traiter les causes profondes et les effets, lors de la conception et de la mise en œuvre de mesures de lutte contre la solitude et l'isolement social » (pp. 37-38). Cela invite à penser l'action publique au croisement des trajectoires individuelles et des inégalités sociales, dans une perspective préventive et territorialisée.

Après avoir clarifié les contours conceptuels de la solitude et de l'isolement social et identifié les principaux facteurs de risque, il s'agit désormais d'examiner comment ces problématiques ont été reconnues comme enjeux publics et intégrées à l'agenda politique, en France et à l'international.

## Partie 2 : De l'invisibilité à la mise à l'agenda : quels cadrages politiques de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées en France et à l'international ?

Cette deuxième partie s'attache à analyser la manière dont la solitude et l'isolement social des personnes âgées ont été progressivement constitués en enjeux de politiques publiques, en France comme à l'international. Elle vise à éclairer les contextes, les dynamiques et les cadrages qui ont contribué à cette mise à l'agenda. Trois dimensions sont développées : d'abord, la montée en puissance récente de la question de la solitude dans plusieurs pays, en particulier au Royaume-Uni, au Japon et en Espagne ; ensuite, le processus spécifique de construction de l'isolement social comme problème public en France, marqué notamment par l'impact de la canicule de 2003 ; enfin, un regard critique porté sur les discours publics et politiques qui, à travers différents cadrages, orientent les réponses institutionnelles et sociales à ces phénomènes.

### 1) A l'international, une mise à l'agenda récente de la solitude, accélérée par le COVID-19

**À l'international, les problématiques liées à la solitude ont été inscrites à l'agenda public de façon relativement récente, avec une émergence vers la fin des années 2010, puis une nette accélération suite à la pandémie de Covid-19 (van de Velde, 2025).** Cette prise de conscience a été nourrie par la montée en puissance des travaux scientifiques sur la solitude au cours des années 2000 et 2010 (Goldman *et al.*, 2024). Elle s'est traduite par la création d'administrations dédiées, comme les ministères de la solitude au Royaume-Uni et au Japon, ainsi que par le lancement de stratégies locales, notamment à Madrid avec la mise en place d'un plan municipal de lutte contre la solitude. En fonction des contextes nationaux, ce mouvement ne concerne pas uniquement les personnes âgées, mais l'ensemble de la société (comme au Japon et au Royaume-Uni), avec une attention particulière à certains publics, comme les jeunes adultes.

Wilkinson (2022) montre ainsi comment, la solitude commence à émerger au Royaume-Uni à partir des années 2010 comme un enjeu public important, désignée comme une "épidémie nationale". Dans les médias britanniques, ce phénomène est décrit de manière alarmiste, à travers des images de crise sociale : des titres évoquent un "fléau de solitude", un "problème de santé publique", ou encore une "catastrophe silencieuse". Ce discours repose sur des enquêtes soulignant le nombre croissant de personnes vivant seules ou se déclarant isolées, et insiste sur les dangers de la solitude pour la santé physique et mentale. En réponse à cette montée en puissance du problème, le gouvernement britannique a officialisé la reconnaissance de la solitude comme une priorité politique. Cela s'est d'abord concrétisé par la création d'une commission trans-partisane sur la solitude et la production d'un rapport (Jo Cox Commission on Loneliness, 2017), puis, suivant les recommandations de ce premier rapport, par la nomination d'un ministre dédié à la solitude en 2018, puis par le lancement de la *Loneliness strategy*, stratégie nationale transversale mobilisant plusieurs ministères (Department for Digital, Culture, Media and Sport, 2018; Macdonald and Kulakiewicz, 2021). Wilkinson (2022) souligne que cette institutionnalisation marque un tournant : la solitude, autrefois perçue comme un problème privé ou psychologique, devient désormais un objet de politiques publiques.

Le Japon a été le deuxième pays au monde à inscrire officiellement à l'agenda national la lutte contre la solitude, en nommant en 2021 un ministre chargé de la solitude et de l'isolement rattaché au Cabinet Office (Goldman *et al.*, 2024). Cette décision est intervenue dans un contexte où la pandémie de COVID-19 avait exacerbé les fragilités sociales : entre 2019 et 2020, le nombre de suicides a augmenté de 5 % au total, avec une hausse marquée de 15 % chez les femmes et de 25 % chez les enfants, tandis que les consultations pour violences domestiques ont bondi de 60 % (Noda, 2021). Par ailleurs le phénomène des morts solitaires reste un problème

social majeur au Japon, touchant particulièrement les seniors vivant seuls. Face à ces constats, le gouvernement a mis en place une coordination interministérielle et articulé ses actions autour de quatre priorités : lever les barrières à la demande d'aide, offrir un accompagnement continu, renforcer les liens sociaux et soutenir les associations. Parmi les mesures concrètes figurent des services de consultation accessibles 24h/24, un portail d'orientation en ligne, une grande enquête nationale sur la solitude, et l'octroi en urgence de plus de 6 milliards de yens pour soutenir les associations (*ibid.*).

En Espagne enfin, où les régions (Communautés autonomes) ont des compétences élargies en matière de santé, solidarités, mobilité, aménagement, etc., certaines villes, comme Madrid, ont lancé des plans municipaux ou programmes locaux de lutte contre la solitude, notamment dans le cadre du plan santé et du plan Madrid ville amie des aînés (en lien avec l'adhésion de la ville au réseau *age-friendly* de l'Organisation Mondiale de la Santé). L'étude de santé de la ville de Madrid identifie la solitude comme une problématique importante en 2018, avec une prévalence en hausse : 10,2 % des habitants déclaraient se sentir seuls toujours, presque toujours ou assez souvent, contre 6,8 % en 2017, marquant une progression notable en un an (Diaz Olalla *et al.*, 2020). Le rapport souligne que la solitude touche davantage certains groupes démographiques et socio-économiques : elle est plus fréquente chez les femmes, les jeunes adultes, les personnes âgées, ainsi que chez celles vivant dans des situations de précarité, caractérisées par de faibles revenus, des difficultés économiques ou des conditions de logement précaires. La solitude apparaît également plus répandue dans les districts les plus défavorisés, traduisant un lien étroit avec les inégalités sociales et territoriales au sein de la capitale (*ibid.*). La municipalité de Madrid a mis en œuvre plusieurs dispositifs intégrés au Plan Madrid Amigable con las Personas Mayores 2021-2023 (Madrid Ville Amie des Aînés). Parmi eux figurent "Madrid en red", un programme communautaire qui vise à renforcer les liens sociaux dans les quartiers et à développer les solidarités de voisinage en collaboration avec le secteur associatif ; "Madrid te acompaña", un programme de volontariat reposant sur une application mobile qui favorise à la fois l'accompagnement des personnes âgées et leur inclusion numérique ; "Madrid contigo", qui articule prévention et développement d'activités et de ressources contre la solitude au sein des dispositifs existants de la ville (centres de jour, téléassistance, aide à domicile) ; et "Madrid, más cerca de ti", qui organise la détection précoce des situations de solitude non désirée grâce à des évaluations homogènes menées dans les services municipaux pour seniors (Madrid Ciudad Amigable con las Personas Mayores, 2021; 'Estrategia de la ciudad de Madrid contra la soledad no deseada', n.d.).<sup>15</sup> Si certains de ces dispositifs étaient déjà intégrés dans le plan précédent, le plan 2021-2023 a fait de la lutte contre la solitude une priorité.

Ces exemples internationaux montrent que la pandémie de Covid-19 a agi comme un puissant catalyseur, accélérant la prise de conscience et l'institutionnalisation de la lutte contre la solitude qui avait émergé au cours des années 2010. La pandémie a donc eu un rôle qui, en France, avait déjà été largement joué par la canicule de 2003 dans le cas spécifique des personnes âgées.

## 2) Une spécificité française : la canicule de 2003 comme révélateur de l'isolement social des personnes âgées

La France représente en effet une spécificité au regard de ces exemples internationaux, car l'isolement social des personnes âgées y a gagné une place dans l'agenda médiatique bien avant que la solitude devienne une préoccupation sociétale et politique à l'étranger. Problème social assez largement invisibilisé, l'isolement social des personnes âgées refait pourtant

---

<sup>15</sup> Ajouter une remarque que de part l'organisation territoriale décentralisée et la prédominance de politique locale, cela engendre des prise en compte politique très hétérogène sur le territoire national

régulièrement surface dans le débat public et sa place a sensiblement évolué ces vingt dernières années (Argoud, 2023).

La **canicule de 2003** constitue le moment clé dans la mise à l'agenda politique de la question de l'isolement des personnes âgées en France. Cet événement qui a entraîné la mort de près de 15 000 personnes – majoritairement âgées – a brutalement révélé au grand public l'ampleur de la solitude vécue par une partie importante de cette population (Ogg, 2005; Argoud, 2016). La crise sanitaire de l'été 2003 a donc agi comme un révélateur : jusque-là, l'isolement des personnes âgées était largement invisibilisé, relégué à l'action de quelques associations comme les Petits Frères des Pauvres (Argoud, 2016). Médiatisée par les représentants des services médicaux d'urgence, puis reprise par les plus hautes instances politiques, la question est rapidement devenue un « problème public » à la suite de la canicule, suscitant une réaction politique forte, notamment à travers la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, les travaux scientifiques montrent que cette réponse s'est principalement traduite à l'échelle nationale par un recentrage sur la prise en charge institutionnelle de la dépendance, négligeant les dimensions préventives et relationnelles mises en lumière durant la crise (*ibid.*). Les solidarités informelles – familiales ou de voisinage – qui avaient été mises en avant par le président de la République Jacques Chirac comme enjeu central dans le débat public au moment de la canicule, ont été reléguées au second plan dans la réforme législative, laissant en grande partie à la société civile la charge de leur prise en compte.<sup>16</sup> Cette réforme a ainsi replacé la priorité sur le financement et la gestion de la dépendance via les solidarités institutionnalisées et le système de protection sociale (*ibid.*).

Ce n'est que dans un second temps, **dans les années 2010, qu'une politique vieillesse davantage tournée vers la prévention et la lutte contre l'isolement a commencé à émerger** à l'échelle nationale (Argoud, 2016), la lutte contre l'isolement étant comprise comme l'une des stratégies de prévention à privilégier. En ce qui concerne cette dernière question, elle se concrétise notamment avec la création en 2014 de MONALISA (Mobilisation Nationale contre l'Isolement des Âgés), un dispositif né de l'action d'un collectif interassociatif et soutenu par les pouvoirs publics, qui vise à coordonner et renforcer l'engagement citoyen autour de la prévention de l'isolement. Cet infléchissement en faveur d'une approche plus préventive s'est également matérialisé dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui marque une volonté de s'éloigner d'une gestion centrée uniquement sur la dépendance pour favoriser des actions axées sur l'anticipation et le maintien du lien social. Ce changement témoigne d'une évolution des référentiels d'action publique à l'échelle nationale, sous l'effet conjoint de la mobilisation associative et d'un contexte de resserrement budgétaire. Les travaux scientifiques montrent que dans un cadre de maîtrise des dépenses sociales, les pouvoirs publics ont vu dans la prévention un levier stratégique : en évitant les prises en charge en institution, elle permet d'anticiper les coûts futurs, tout en apparaissant comme une réponse plus consensuelle et moins dispendieuse à la question du vieillissement (Argoud, 2016). Ce tournant vers la prévention s'est aussi accompagné d'une délégation croissante aux échelons locaux d'action publique (départements, communes). Ainsi, dans le cadre des stratégies et dispositifs de prévention de la perte d'autonomie, la lutte contre l'isolement s'est imposée

---

<sup>16</sup> La question du lien social est particulièrement mise en avant dans le discours politique et médiatique après la canicule de 2003. Les quartiers urbains denses ont montré des taux de mortalité plus élevés, attribués à des réseaux sociaux plus fragmentés (ainsi qu'à l'effet de chaleur urbain). La lenteur de coordination des services sociaux et de santé, particulièrement pointée du doigt après la crise, a accentué les effets négatifs de l'isolement social, particulièrement dans les zones où les seniors n'étaient pas intégrés à des systèmes de soutien communautaire (Ogg, 2005).

progressivement non seulement comme un impératif social, mais aussi comme une solution budgétairement avantageuse.

Ainsi, en France, la construction de l'isolement social des personnes âgées comme problème public s'est opérée plus précocement qu'ailleurs, sous l'effet d'un choc sanitaire majeur, mais s'est d'abord traduite par des politiques centrées sur la dépendance avant d'évoluer vers une approche plus préventive et territorialisée dans les années 2010.

### 3) Un regard critique sur les discours publics autour de l'isolement social et de la solitude

Certains chercheurs ont développé une analyse critique des discours politiques portant sur l'isolement social des personnes âgées et sur la solitude de manière plus générale dans la société (Argoud, 2016; Wilkinson, 2022; Barreto *et al.*, 2024; van de Velde, 2025). Ces travaux mettent en évidence une tendance dans les discours médiatique et politique à individualiser le problème, notamment au Royaume Uni (Wilkinson, 2022), en insistant sur la responsabilité personnelle des individus dans la création ou la réparation des liens sociaux, au détriment d'une analyse des causes structurelles (Barreto *et al.*, 2024; van de Velde, 2025). Autrement dit, ces discours négligeraient le rôle que peuvent jouer les dynamiques sociales, économiques, territoriales et politiques dominantes dans la fragilisation du lien social.

Selon ces chercheurs, un tel cadrage a des implications importantes : **en orientant l'attention vers les comportements individuels ou les initiatives associatives, il contribue à façonner les réponses de l'action publique, les représentations du problème influençant les modalités d'intervention.** Dans cette perspective, l'accent mis sur l'individualisation de la solitude ou de l'isolement peut contribuer à minimiser la responsabilité des institutions, en laissant davantage reposer la recherche de solutions sur les individus eux-mêmes, leur entourage ou les associations locales.

Ainsi, les discours politiques tenus à la suite de la canicule de 2003 en France ont largement attribué la crise sanitaire à une dégradation des solidarités familiales et communautaires, en lien avec un mode de vie moderne perçu comme favorisant l'individualisme (Ogg, 2005; Argoud, 2016). Cette interprétation permet de détourner l'attention des responsabilités institutionnelles à différentes échelles. Dès cette période, le discours public a évité de mettre en cause les défaillances des politiques publiques, préférant invoquer un affaiblissement général du lien social, des solidarités familiales et des relations de voisinages (Argoud, 2016). Ce cadrage tend à faire peser la responsabilité sur les individus, en particulier sur les familles – accusées de délaisser leurs aînés – et sur les voisins, jugés insuffisamment attentifs à leur entourage.

Dans un autre contexte national, Wilkinson (2022) analyse le discours public sur la solitude au Royaume-Uni, où l'« épidémie de solitude » a été largement mise à l'agenda. Elle examine la manière dont les acteurs publics cadrent ce phénomène, les solutions qu'ils proposent et les effets produits par ces discours. Elle identifie deux cadrages dominants : celui du « solitaire tragique » et celui de l'« épidémie croissante de solitude ». Le premier renvoie la solitude à une inadéquation sociale individuelle, incarnée par des figures stigmatisées telles que les *incels* (*involuntary celibates*, célibataires involontaires) ou la « vieille fille à chats ». <sup>17</sup> Le second, plus collectif, décrit la solitude comme une maladie contagieuse qui se propage dans une société marquée par le recul des communautés et la montée de l'individualisme. Mais dans les deux cas, Wilkinson souligne que la solitude est abordée comme une pathologie et que la responsabilité reste centrée sur l'individu. Les chercheurs insistent ainsi sur la nécessité de changer le cadrage ou le schéma narratif accompagnant le discours sur la solitude (Barreto *et al.*, 2024). Même

---

<sup>17</sup> Sur le cadrage de la solitude comme résultant d'un manque ou déficit au niveau individuel, voir aussi Barreto *et al.* (2024).

lorsque le problème est présenté comme collectif, les solutions proposées relèvent du registre de l'engagement personnel et associatif.

« En ce sens, les discussions autour de la crise de la solitude peuvent être lues comme un appel à un retour à une époque antérieure au néolibéralisme, une réévaluation de la société (*community*) et du lien social. Pourtant, en réalité, le cadrage de l'épidémie de solitude reste profondément individualisé, un problème qui ne peut être résolu que par les efforts des individus, des familles et des communautés. » (Wilkinson, 2022, p. 29)

Contre cette individualisation, Wilkinson défend une lecture structurelle de la solitude, qu'elle ne considère ni comme un échec personnel ni comme un défaut de sociabilité, mais comme une condition produite par les transformations néolibérales de la société. Elle met en lumière le rôle que joue ce cadrage dans la reproduction d'injonctions conservatrices et hétéronormatives à la vie conjugale et familiale, ces formes de vie étant présentées comme les seules alternatives acceptables à la solitude. Elle critique également l'assimilation de la solitude à l'isolement physique, ce qui invisibilise d'autres formes de solitude vécues dans la proximité d'autrui mais marquées par un sentiment de déconnexion ou d'exclusion, rappelant l'analyse des Petits frères des pauvres sur les ménages isolés évoquée en partie 1 (Petits Frères des Pauvres, 2021).

Il faut toutefois souligner que Wilkinson analyse la solitude dans un cadre général, sans se concentrer spécifiquement sur les personnes âgées. Or, dans le grand âge, la solitude est souvent liée non pas à un supposé « échec » à former un couple ou une famille, mais à des événements biographiques typiques de cette période de la vie : veuvage, maladie, mobilité réduite, éloignement des proches, dans un contexte où les solidarités familiales se sont affaiblies. Le cadrage de la solitude des personnes âgées dans les discours publics mérite donc une attention spécifique, notamment pour en comprendre les effets pratiques.

Dans ce cas, la responsabilité est parfois renvoyée aux structures socioéconomiques, dans un contexte où la prise en charge du vieillissement est largement déléguée aux services publics, aux organismes privés ou aux proches aidants. La solitude y est alors plus fréquemment décrite comme une condition structurelle. Néanmoins, même dans ce cadrage, les solutions avancées peuvent continuer à faire appel à l'engagement individuel et familial, perpétuant ainsi une forme de responsabilisation implicite des individus face à un problème dont les racines sont largement systémiques.

La mise à l'agenda des problématiques de solitude et d'isolement social illustre des trajectoires contrastées selon les contextes nationaux. À l'international, elle s'est cristallisée tardivement, en grande partie sous l'effet de la crise du Covid-19, qui a révélé l'ampleur des fragilités sociales au sein de sociétés marquées par l'individualisation des modes de vie. En France, en revanche, cette prise de conscience est intervenue plus tôt grâce au rôle déclencheur de la canicule de 2003, qui a mis en lumière l'isolement des personnes âgées comme un problème public majeur, dont les réponses institutionnelles ou législatives ont pris un certain temps à être mises en place. Enfin, au-delà de ces dynamiques, les discours qui accompagnent cette mise à l'agenda, notamment à l'international, présentent le risque d'individualiser la responsabilité des situations de solitude, malgré l'évidence des déterminants structurels qui les sous-tendent (van de Velde, 2025). Cette spécificité française et les variations des cadrages publics à l'international appellent à interroger les réponses apportées et leur capacité à agir sur les causes profondes du phénomène.

### Partie 3 : L'environnement urbain au cœur des sociabilités et de la participation des personnes âgées

La question de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées reste encore relativement peu abordée dans la littérature scientifique sous l'angle des politiques publiques urbaines et sociales. Si ces phénomènes sont aujourd'hui mieux documentés dans leurs dimensions démographiques, sanitaires ou psychosociales, les travaux orientés vers l'action publique – en particulier à l'échelle locale – demeurent limités, soulignant la nécessité d'une étude approfondie de l'action publique locale. Pourtant, comme l'a montré la première partie de ce rapport, plusieurs facteurs structurels de l'isolement (précarité, état de santé, genre, parcours migratoire) sont étroitement imbriqués avec des conditions de vie façonnées par l'environnement urbain. Cela invite à dépasser une lecture strictement individuelle ou relationnelle de la solitude, pour interroger les effets des cadres de vie et des dynamiques spatiales sur les formes de sociabilité au grand âge.

Afin d'identifier des futurs leviers d'action pertinents, cette partie s'appuie sur des travaux issus de différents champs de recherche qui étudient les liens entre espace urbain et sociabilité des personnes âgées : la gérontologie environnementale (notamment à travers les programmes « age-friendly cities »), les sciences de la santé, mais aussi – plus marginalement – la géographie urbaine, l'urbanisme et l'aménagement. La majorité de ces travaux sont issus de contextes internationaux, et restent encore peu mobilisés dans les politiques publiques en France.

Dans le cadre de cette revue, nous avons volontairement centré l'analyse sur les environnements urbains, en cohérence avec l'orientation comparative du projet SeniorSolitude. Deux axes structurent cette partie : (1) l'ancrage spatial des liens sociaux des seniors ; (2) l'influence des caractéristiques des environnements et des processus de changement urbains sur la sociabilité des seniors.

#### 1) Une sociabilité diverse et ancrée dans l'espace urbain

##### *Une diversité de liens sociaux dans la sociabilité des personnes âgées*

La sociabilité des personnes âgées repose sur un ensemble de relations aux formes et aux fonctions diverses, que l'on peut distinguer en mobilisant les notions de lien fort et de lien faible (Granovetter, 1973). À côté de ces deux types de liens, on peut également évoquer les réseaux de sociabilité institutionnalisés, qui, bien qu'ils puissent inclure des liens faibles ou forts, se distinguent par le cadre collectif structuré dans lequel ils prennent place.

Les **liens forts** désignent les relations caractérisées par une fréquence élevée des échanges, un engagement affectif profond, une durée dans le temps et une confiance mutuelle (Granovetter, 1973; Yarker, 2021). Ils regroupent les relations les plus proches des personnes âgées, en particulier celles nouées avec la famille et le cercle proche. Ces liens sont un pilier essentiel du lien social : ils favorisent un sentiment d'appartenance, assurent un soutien affectif, moral et parfois matériel. Ces relations proches ont par ailleurs souvent un rôle central en tant qu'aidant familiaux (Lahmar-Eythrib, 2025). L'avancée en âge s'accompagne fréquemment d'une réorganisation des sociabilités autour de ces proches, notamment après la retraite, période où les relations familiales peuvent se renforcer pour compenser la disparition des contacts professionnels, ou encore alors que la perte d'autonomie rend plus difficile les sociabilités amicales (Blanpain and Pan Ké Shon, 1999; Brunel and Eideliman, 2022).

Par contraste, les **liens faibles** constituent des relations peu fréquentes, peu intenses émotionnellement et sans forte réciprocité, mais qui jouent un rôle clé dans la circulation de l'information et l'accès à des ressources nouvelles (Granovetter, 1973). Bien que moins visibles, ceux-ci apparaissent tout aussi importants pour le maintien de la sociabilité des personnes

âgées. Ils englobent ces interactions brèves et répétées dans les espaces du quotidien – échanges dans un commerce, salutations dans la rue ou discussions éphémères avec des inconnus – qui contribuent à créer un sentiment de familiarité publique (Deml, 2017). Ces liens ténus participent à la construction de zones de confort dans l'espace urbain, où les aînés se sentent légitimes et en sécurité, et permettent de maintenir un ancrage social sans nécessiter d'engagement émotionnel profond (*ibid.*). Dans la métropole parisienne, l'étude de l'APUR sur les sociabilités confirme la diversité des types de relations sociales et l'importance des liens faibles, notamment pour les personnes âgées. Celles-ci sont ainsi les plus nombreuses à désigner des commerçants, médecins ou aidants comme proches (60 % des 65 ans et plus contre 31 % des moins de 25 ans) (APUR, 2024b). Les liens faibles jouent donc un rôle discret mais essentiel pour contrer à la fois le sentiment de solitude, mais aussi l'isolement social en facilitant les sorties à l'extérieur du domicile.

Enfin, en parallèle des liens faibles noués de manière informelle, les **réseaux de sociabilité institutionnalisés** (Le Borgne, 2024) regroupent les relations nouées dans le cadre d'activités collectives à laquelle l'appartenance est formalisée, par exemple par une adhésion ou une inscription. Des organisations telles que des clubs de loisirs, des associations ou des centres sociaux offrent un cadre structuré qui favorise la participation sociale, la reconnaissance et l'insertion dans des collectifs. Ces lieux et réseaux représentent également l'opportunité de construire un capital social de liaison (*bridging social capital*) (Putnam, 2000), c'est-à-dire des liens qui relient des individus issus de milieux sociaux, culturels ou générationnels différents, favorisant l'ouverture, les échanges et l'accès à des ressources nouvelles grâce à la participation à des activités partagées au-delà du cercle relationnel habituel. Enfin, en offrant des occasions de renouvellement des relations, la participation à des formes de sociabilité institutionnalisées permet souvent de développer de nouveaux liens, notamment d'amitié, qui peuvent s'étendre au-delà des activités collectives organisées et donner lieu à de nouvelles formes de sociabilité informelle et d'entraide au quotidien, contrebalançant l'affaiblissement d'autres réseaux de sociabilité (Le Borgne, 2024).

**L'ensemble des formes de sociabilité des personnes âgées**, qu'il s'agisse des liens forts, des liens faibles ou des réseaux institutionnalisés, **s'ancr**e dans des espaces concrets qui soutiennent et façonnent ces relations au quotidien. Ces lieux, qu'ils soient publics, semi-publics ou dédiés à des activités spécifiques, apparaissent dès lors comme des leviers essentiels pour prévenir l'isolement et renforcer le lien social.

#### *Les lieux supports d'une sociabilité diverse*

La capacité des personnes âgées à maintenir ces diverses formes de relations sociales repose en effet sur l'existence de lieux et de dispositifs favorisant ces sociabilités au quotidien. Cet aspect a été identifié dès les années 1980-1990, avec les travaux sur les **third places** (Oldenburg, 1989). Ces *third places*, situés en dehors de la sphère privée du domicile (premier lieu) et du travail (deuxième lieu) – tels que les cafés, les clubs ou les petits commerces – permettent la création et l'entretien de liens sociaux faibles, mais fréquents, particulièrement précieux pour les personnes âgées (Cho *et al.*, 2018). Cela a été illustré par exemple dans le cas des centres commerciaux (Poldma *et al.*, 2018). Ces lieux de sociabilité informelle se caractérisent par leur accessibilité et leur dimension conviviale et spontanée, et favorisent l'ancrage dans le quartier, la reconnaissance mutuelle et la participation à la vie locale.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Il est nécessaire de distinguer la conception anglo-saxonne historique du terme de la conception française, qui désigne aujourd'hui des espaces hybrides et organisés — tels que les fablabs, espaces de coworking ou friches culturelles — visant à favoriser la coopération, l'innovation sociale et la mutualisation

Dans le prolongement de ces travaux, la notion d'**infrastructure sociale** permet d'élargir la focale en incluant l'ensemble des lieux et des organisations qui facilitent les interactions sociales et renforcent les liens de proximité (Yarker, 2021). Il s'agit par exemple des bibliothèques, parcs, centres sociaux (*community centres*), lieux de culte ou commerces de proximité, mais aussi des services de loisirs et des équipements récréatifs accessibles (Lu et al., 2022 ; Liu et al., 2023), ou encore des espaces publics ouverts tels que les places, esplanades ou jardins partagés (Liu et al., 2023 ; Guo et al., 2021). Buffel et Phillipson (2023b) rappellent que ces infrastructures jouent un rôle déterminant dans la réduction de la solitude, le soutien aux échanges intergénérationnels et la possibilité de vieillir dans son cadre de vie. Elles peuvent également constituer un filet de sécurité en période de crise, comme l'a montré l'étude de Klinenberg (2015 [2002]) sur la canicule de Chicago de 1995, ou plus récemment lors de la pandémie de COVID-19. Toutefois, leur répartition est loin d'être équitable : les quartiers populaires disposent souvent de ressources limitées, ce qui accroît les inégalités territoriales face à l'isolement.

Enfin, au-delà des équipements dédiés, certains espaces ordinaires de la vie quotidienne jouent un rôle important dans la sociabilité des personnes âgées (Cho *et al.*, 2018). Des espaces liminaux ou transitoires – seuils, halls, entrées d'immeubles – sont souvent appropriés comme lieux de socialisation, notamment dans les quartiers denses. Ces « petits lieux du vieillissement » (*small places of ageing*), identifiés par Cho et al. (2018), sont adaptés aux rythmes de vie et à la sensorialité urbaine des aînés, illustrant l'importance d'une approche attentive aux usages ordinaires et quotidiens de la ville.

**L'espace urbain**, qu'il s'agisse des lieux publics, des infrastructures collectives ou des espaces semi-publics du quotidien, semble ainsi jouer un **rôle fondamental dans le maintien du lien social et dans la prévention de l'isolement des personnes âgées**. C'est donc vers cette dimension spatiale de la sociabilité que la réflexion va désormais se tourner, à travers l'examen des liens entre environnement urbain et sociabilité des aînés.

## 2) Caractéristiques spatiales de l'environnement urbain : des effets multiples et (in)directs sur le lien social des personnes âgées

Au-delà du rôle des lieux de sociabilité, un nombre croissant d'études en gérontologie environnementale,<sup>19</sup> en santé publique et en aménagement montre que l'environnement urbain dans son ensemble joue un rôle direct ou indirect sur la participation sociale des personnes âgées. Cette littérature met en évidence **l'importance des caractéristiques physiques de l'environnement urbain** dans la qualité de vie et la sociabilité des personnes âgées. Ces recherches montrent que la manière dont les espaces urbains sont conçus influence directement la capacité des aînés à sortir de chez eux et donc à entretenir des liens sociaux, et plus généralement leur sentiment d'appartenance et leur bien être social.<sup>20</sup>

---

de ressources au service de projets collectifs. En considération de cette double signification, nous utilisons ici le terme anglais de *third place*.

<sup>19</sup> La gérontologie environnementale désigne un champ de recherche interdisciplinaire qui étudie les relations entre le vieillissement et les environnements de vie. Principalement porté par des sociologues, mais mobilisant également la géographie, l'urbanisme et l'anthropologie, ce champ s'intéresse aux manières dont les espaces bâtis et sociaux influencent la qualité de vie, le bien-être et la participation sociale des personnes âgées. Il est étroitement lié aux initiatives de politiques publiques, en particulier au programme « Age-friendly cities and communities » lancé par l'Organisation mondiale de la santé..

<sup>20</sup> Il existe également une littérature qui examine le lien entre bien vieillir et habitat ou logement mais celle-ci n'est pas présentée dans ce rapport, étant plus éloignée des enjeux de sociabilité (voir notamment Lord and Piché, 2018; Buffel *et al.*, 2024).

Un corpus important de recherches dans le domaine des sciences de la santé<sup>21</sup> examine ainsi comment **les éléments de design urbain peuvent soit freiner, soit favoriser la mobilité des personnes âgées**. Cette littérature insiste particulièrement sur l'importance de l'échelle micro-locale, notamment celle du quartier, comme espace d'interaction clé (Ottoni *et al.*, 2016; Liu *et al.*, 2023).<sup>22</sup> Certains aménagements urbains peuvent avoir des effets négatifs sur la mobilité extérieure des aînés : c'est le cas des marches, bordures de trottoirs, revêtements irréguliers ou encore du pavage tactile mal adapté, mais aussi de conditions de circulation dégradées, du manque d'arbres ou d'un éclairage public insuffisant (Li *et al.*, 2006; Thies *et al.*, 2011; Mitra *et al.*, 2015; Brookfield *et al.*, 2017). Ces facteurs environnementaux sont connus pour contribuer aux chutes, un risque particulièrement préoccupant pour cette population, ce qui souligne la nécessité d'un urbanisme plus attentif à la prévention de ces accidents (Li *et al.*, 2006). Une étude comparative menée à Lille et Montréal montre ainsi des carences communes limitant la « marchabilité » de certains quartiers, comme des discontinuités spatiales et un manque d'équipements permettant le repos (Cloutier *et al.*, 2018).

À l'inverse, **certains éléments – tels que la présence de rampes, de bancs publics, ou encore la proximité de commerces et d'espaces verts – peuvent fortement améliorer la "marchabilité" des villes pour les personnes âgées** (Mitra *et al.*, 2015; Brookfield *et al.*, 2017; Moulaert, 2018). Shumway-Cook *et al.* (2002) insistent sur le rôle central de l'éclairage urbain dans le soutien à leur mobilité, tandis qu'Ottoni *et al.* (2016) montrent que les bancs, en plus de favoriser les déplacements à pied, facilitent l'usage d'aménités naturelles (espaces verts et bleus) et encouragent les interactions sociales, renforçant ainsi le capital social.<sup>23</sup>

Cette approche met également en lumière la distinction entre l'environnement bâti objectif (ses caractéristiques physiques mesurables) et l'environnement bâti perçu, c'est-à-dire la manière dont les personnes âgées interprètent leur cadre de vie, et les significations qu'elles y projettent (Wood *et al.*, 2008; Brookfield *et al.*, 2017; Guo *et al.*, 2021).<sup>24</sup> Les décisions de mobilité ne dépendent pas uniquement des conditions matérielles, mais aussi de la manière dont celles-ci sont vécues : sentiment de sécurité, accessibilité, ambiance, familiarité ou au contraire sentiment de peur ou d'insécurité (Brookfield *et al.*, 2017). À ce titre, l'entretien général du quartier joue un rôle important : il est corrélé à un plus grand sentiment de sécurité (Wood *et al.*, 2008).

Toutefois, la littérature scientifique ne se limite pas aux enjeux de mobilité – plus présents dans les représentations dominantes de la place des personnes âgées en ville et liée à la question de l'accessibilité – mais mets également en avant un lien plus direct entre espace urbain et lien social. De nombreuses études montrent ainsi le lien entre l'environnement bâti et le sentiment d'appartenance, la participation sociale ou le bien-être social. Les caractéristiques de l'environnement bâti, telles que la présence de parcs, de services récréatifs ou de centres communautaires, peuvent influencer la santé mentale et le bien-être en favorisant le capital social et le sentiment d'appartenance (Wood *et al.*, 2008; Guo *et al.*, 2021; Lu *et al.*, 2022). La qualité des espaces publics ouverts – incluant le type d'équipements de loisirs, l'accessibilité, la

---

<sup>21</sup> Public health journals (Li *et al.*, 2006; Brookfield *et al.*, 2017), topic-focused research on aging / gerontology (Mitra *et al.*, 2015), biomedical science (Thies *et al.*, 2011), health sciences (Shumway-Cook *et al.*, 2002), including research at the intersection of social science and medicine (Ottoni *et al.*, 2016).

<sup>22</sup> <sup>22</sup> Here, the authors quoted who highlight the role of the neighbourhood scale are not only from this field of research on urban design and mobility of elders in health research. It is also the people who research the link between built environment and wellbeing of elder in more urban research (Liu, Lu...). So this comment can also be made elsewhere, more broadly, than for this specific research area.

<sup>23</sup> Ici ajouter les travaux de Thibault Moulaert sur les bancs publics.

<sup>24</sup> Même remarque. Ça ne se limite pas aux auteurs dans les sciences de la santé

présence d'ombre et la qualité des bancs – ainsi que leur vitalité sociale (mesurée par le nombre d'interactions sociales) renforcent le bien-être social (Yung *et al.*, 2016), ont un impact positif sur la capacité fonctionnelle des personnes âgées (c'est-à-dire leur aptitude à se déplacer de manière autonome et en sécurité) et contribuent à prévenir son déclin (Liu *et al.*, 2023). Bigo (2018), montre par exemple comment les promenades balnéaires, lieux favorable à la marche et à la rencontre souvent séparé de la circulation automobile et équipés de bancs, offrent un cadre propices aux interactions sociales et au maintien de l'inclusion dans la vie urbaine. Le bien-être mental est également influencé par la perception de l'adaptabilité de l'environnement local aux personnes âgées, notamment en termes de réseaux de voisinage et de soutien (Lu *et al.*, 2022). Enfin, Cho *et al.* (2018) soulignent que la co-présence de différents services ou programmes au sein d'un même lieu favorise l'émergence d'espaces à vocation sociale. Ces éléments sont d'autant plus importants que, selon certains chercheurs, la planification et la conception des espaces publics tendent à se concentrer davantage sur les besoins physiques et de sécurité des personnes âgées que sur leurs besoins sociaux (Yung *et al.*, 2016).

Certaines études, moins nombreuses, soulignent plus spécifiquement le **lien entre solitude et relation au quartier**, montrant comment des caractéristiques telles qu'un accès facilité aux espaces verts ou aux équipements, ainsi que la satisfaction à l'égard du quartier et le sentiment d'appartenance, sont corrélées à des niveaux plus faibles de solitude (Lyu and Forsyth, 2021; Bower *et al.*, 2023). Hajek *et al.* (2023) mettent en avant le rôle de la cohésion de quartier pour atténuer la solitude, en particulier grâce aux contacts de proximité avec les voisins et à la participation aux activités locales. De leur côté, Franklin et Tranter (2021) soulignent l'importance du sentiment d'appartenance dans les expériences de la solitude, en insistant sur le rôle déterminant des ancrages spatiaux dans ce sentiment. Ces travaux sont d'autant plus intéressants qu'ils constituent une tentative de dépasser les seuls facteurs strictement individuels, pour explorer des dimensions plus structurelles, mieux prendre en compte les inégalités sociospatiales et attirer l'attention sur les inégalités d'accès à des environnements urbains favorables au lien social. Victor et Pikhartova (2020) ont, par exemple, observé des niveaux plus élevés de solitude chez les personnes âgées vivant dans les zones les plus défavorisées. En effet, les quartiers populaires, souvent exposés au vieillissement, disposent fréquemment de moins de ressources urbaines accessibles et qualitatives, ce qui peut renforcer les risques d'isolement.

Enfin, plusieurs recherches mettent en évidence les effets des transformations urbaines – et notamment de la gentrification – sur l'isolement des personnes âgées. Buffel et Phillipson (2019, 2023a) montrent que les processus de renouvellement urbain peuvent fragiliser les réseaux sociaux établis de longue date et transformer en profondeur le tissu sociospatial familial des quartiers, par exemple en entraînant la fermeture de commerces de proximité ou de lieux de sociabilité, et en remplaçant une population ancienne par des résidents plus jeunes et plus aisés.

Ces transformations peuvent avoir pour effet de fragiliser le sentiment d'ancrage et d'appartenance des habitants âgés. La perte des infrastructures sociales locales engendre une détresse psychologique, un retrait des interactions sociales et un sentiment accru de solitude, rendant le maintien dans le logement et le quartier particulièrement difficile à mesure que l'environnement se transforme. Si certains habitants âgés parviennent à résister à ces transformations, notamment en s'impliquant dans des mobilisations locales et en œuvrant activement à la reconstitution de liens sociaux, les personnes déjà isolées sont les plus exposées à ces effets. Certaines personnes âgées, plus isolées, vivent ces transformations comme une forme d'« effacement » (Kelley *et al.*, 2018), devenant invisibles dans les projets de rénovation urbaine, renforçant ainsi leur isolement.

Par ailleurs, les pressions économiques croissantes restreignent leur capacité à participer à la vie sociale, les hausses de prix rendant progressivement inaccessibles les espaces publics et les activités qui étaient auparavant abordables. Ces effets varient selon les profils et notamment selon le genre : alors que les femmes âgées investissent davantage les espaces institutionnels (clubs seniors, centres sociaux), les hommes sont plus affectés par la disparition de certains lieux commerciaux spécifiques tels que les pubs (Buffel, 2023).

## **Conclusion : prévenir l'isolement social et la solitude des personnes âgées par le biais d'une action politique compréhensive**

Cette revue de la littérature scientifique met en avant non seulement la progression récente des problématiques de solitude et d'isolement social des personnes âgées mais également les ressorts sociétaux et collectifs qui la sous-tendent. Elle identifie des facteurs structurels d'ordre socioéconomiques tels que le genre, la précarité et les vulnérabilités sociales, ou l'origine culturelle, ainsi que des facteurs d'ordre territoriaux, montrant notamment que les grandes villes sont particulièrement concernées. Il ne s'agit donc en aucun cas d'une problématique se jouant à l'échelle des individus et appelant une réponse individuelle, mais bien d'une tendance sociétale appelant une réponse collective et politique. Les impacts divers sur la santé qu'entraînent la solitude et l'isolement social, et l'enjeu de santé publique que ces problématiques représentent, souligne l'importance d'une réponse appropriée.

Par ailleurs, la littérature scientifique montre que l'isolement social et la solitude des personnes âgées sont aussi fortement influencés par l'environnement de vie des personnes âgées, qu'il s'agisse de la présence de lieux supports de formes de sociabilités diverses (*third places*, infrastructures sociales, *small places of aging*), ou bien de diverses caractéristiques spatiales de l'espace urbain tels que la présence d'espace vert, publics ou de divers équipements. L'environnement urbain constitue ainsi à la fois un frein et une ressource qui peut alternativement limiter ou faciliter la participation à la vie de la cité. Il semble donc essentiel d'aborder ces questions par une approche transversale et compréhensive, qui ne se limite ni aux politiques de santé, ni aux politiques sociales, mais inclut notamment des dimensions liées à l'aménagement des espaces et à l'urbanisme (infrastructures sociales).

Ce constat rejoint les recommandations du *European Centre for Social Welfare Policy and Research*, qui souligne que « pour lutter contre la solitude et l'isolement social de certains groupes, les politiques nationales et régionales doivent intégrer des actions ciblées au sein des stratégies existantes, par exemple dans le développement urbain [...], dans les politiques de santé et d'action sociale, dans les stratégies de « vieillissement actif et en bonne santé », mais aussi dans les politiques d'infrastructure, de technologie, de logement et de culture. » (Sandu *et al.*, 2022, p. 38). Ce constat a également été répété à l'occasion du Age Friendly Futures Summit en mars 2025 à Manchester, dans une déclaration co-signée par des chercheurs et le réseau Villes amies des aînées britannique, qui met également en avant l'importance de la co-construction de ces initiatives avec les personnes âgées elles-mêmes (Doran *et al.*, 2025; 'Age-Friendly Futures Programme. Three day Conference. 25 – 27 March 2025', 2025).

Comme le montre certaines expériences menées dans des villes à l'étranger, par exemple à Montréal, Manchester ou encore Mons en Belgique (Lord and Piché, 2018; Buffel and Phillipson, 2023b; Buffel *et al.*, 2024), des politiques plus globales et compréhensives intégrant notamment l'adaptation de l'environnement urbain comme enjeu central, peuvent contribuer à lutter de manière directe ou indirecte contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées – notamment en favorisant le maintien du lien social – et plus généralement peuvent contribuer au bien vieillir et à l'inclusion des personnes âgées dans la vie de la cité.

## References

Adams, K. B., Sanders, S. and Auth, E. A. (2004) Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health* 8.6, 475–85.

Age-Friendly Futures Programme. Three day Conference. 25 – 27 March 2025 (2025/25/March). UK Network of Age-Friendly Communities, Manchester Urban Ageing Research Group.

Alpass, F. M. and Neville, S. (2003) Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health* 7.3, 212–16.

APUR (2021) *21 % de la population de la mgp aura plus de 65 ans à horizon 2050*, No. Note n°204. Paris: APUR.

APUR (2024a) *Impact du vieillissement de la population sur les mobilités dans le Grand Paris*. Paris: APUR.

APUR (2024b) *Les liens sociaux dans le Grand Paris. Le capital social comme facteur de résilience*. Paris: APUR.

Argoud, D. (2016) L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public. *Gérontologie et société* 38.149.1, 25–40.

Argoud, D. (2023) L'isolement des personnes âgées : une problématique d'actualité. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 23.138, 431–37.

Baarck, J., d'Hombres, B. and Tintori, G. (2022) Loneliness in Europe before and during the COVID-19 pandemic. *Health Policy* 126.11, 1124–29.

Barnes, T. L., Ahuja, M., MacLeod, S., Tkatch, R., Albright, L., Schaeffer, J. A. and Yeh, C. S. (2022) Loneliness, Social Isolation, and All-Cause Mortality in a Large Sample of Older Adults. *Journal of Aging and Health* 34.6–8, 883–92.

Barreto, M., Doyle, D. M. and Qualter, P. (2024) Changing the narrative: Loneliness as a social justice issue. *Political Psychology* 45.S1, 157–81.

Berlingieri, F., Barjaková, M., Garnero, A. and Mauri, C. (2024) Who Feels Lonely in the European Union? In Schnepf, S. V., B. d'Hombres and C. Mauri (eds.), *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions*. Springer Nature Switzerland, Cham doi:10.1007/978-3-031-66582-0\_3.

Berlingieri, F., Colagrossi, M. and Mauri, C. (2023) *Loneliness and social connectedness: insights from a new EU-wide survey*. European Commission.

Bigo, M. (2018) Les promenades balnéaires, espaces ressources pour les femmes âgées? In Lord, S. and D. Piché (eds.), *Les promenades balnéaires, espaces ressources pour les femmes âgées?* Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

Blanpain, N. and Pan Ké Shon, J.-L. (1999) La sociabilité des personnes âgées. *Insee Première* n°644, 4.

Bower, M., Kent, J., Patulny, R., Green, O., McGrath, L., Teesson, L., Jamalishahni, T., Sandison, H. and Rugel, E. (2023) The impact of the built environment on loneliness: A systematic review and narrative synthesis. *Health & Place* 79, 102962.

Broese van Groenou, M., Van Tilburg, T. and De Jong Gierveld, J. (1999) Loneliness among Older Adults: Geographical and Neighborhood Characteristics. *Mens & Maatschappij* 74, 235–49.

Brookfield, K., Ward Thompson, C. and Scott, I. (2017) The Uncommon Impact of Common Environmental Details on Walking in Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14.2, 190.

Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., Williams, R. B. J. and Mark, D. B. (2001) Characteristics of Socially Isolated Patients With Coronary Artery Disease Who Are at Elevated Risk for Mortality. *Biopsychosocial Science and Medicine* 63.2, 267.

Brunel, M. and Eideliman, J.-S. (2022) *La sociabilité et l'isolement social des seniors*.

Buecker, S., Ebert, T., Götz, F. M., Entringer, T. M. and Luhmann, M. (2021) In a lonely place: Investigating regional differences in loneliness. *Social Psychological and Personality Science* 12.2, 147–55.

Buffel, T. (2024/6/May) *Loneliness in later life: Deepening our understanding through life course, ecological and participatory perspectives*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Buffel, T., Doran, P. and Yarker, S. (2024) *Reimagining Age-Friendly Communities: Urban Ageing and Spatial Justice*. Policy Press.

Buffel, T. and Phillipson, C. (2023a) Ageing in Neighbourhoods Undergoing Urban Change: Experiences of gentrification in later life. In *Ageing in Place in Urban Environments: Critical Perspectives*. Taylor & Francis.

Buffel, T. and Phillipson, C. (2023b) *Ageing in Place in Urban Environments: Critical Perspectives*. Taylor & Francis.

Cabinet Office Japan (2024) *Annual Report on the Ageing Society [Summary] FY2024*.

Casabianca, E. and Kovacic, M. (2022) *Loneliness among older adults - A European perspective*. European Commission.

Cené, C. W., Loehr, L., Lin, F.-C., Hammond, W. P., Foraker, R. E., Rose, K., Mosley, T. and Corbie-Smith, G. (2012) Social isolation, vital exhaustion, and incident heart failure: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *European Journal of Heart Failure* 14.7, 748–53.

CGET, La Documentation française (2019) *Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement: une démarche prospective et inclusive*. Paris.

Cho, M., Ha, T. M., Lim, Z. M. T. and Chong, K. H. (2018) “Small places” of ageing in a high-rise housing neighbourhood. *Journal of Aging Studies* 47, 57–65.

Cloutier, M.-S., Huguenin-Richard, F., Granié, M.-A. and St-Louis, A. (2018) Audit de marchabilité: une étude comparative entre Montréal et Lille. In Lord, S. and D. Piché (eds.), *Vieillesse et aménagement: Perspectives plurielles*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

Cornwell, E. Y. and Waite, L. J. (2009) Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior* 50.1, 31–48.

Cotterell, N., Buffel, T., Nazroo, J. and Qualter, P. (2025) Loneliness among older ethnic minority people: exploring the role of structural disadvantage and place using a co-research methodology. *Ethnic and Racial Studies* 48.1, 206–28.

Cotterell, N., Buffel, T. and Phillipson, C. (2018) Preventing social isolation in older people. *Maturitas* 113, 80–84.

Courtin, E. and Knapp, M. (2017) Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community* 25.3, 799–812.

Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A. and Naseer, M. (2022) A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health* 26.2, 225–49.

De Jong Gierveld, J., Van der Pas, S. and Keating, N. (2015) Loneliness of Older Immigrant Groups in Canada: Effects of Ethnic-Cultural Background. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 30.3, 251–68.

De Jong Gierveld, J. and Van Tilburg, T. (1999) *Manual of the Loneliness Scale*. Vrije Universiteit Department of Social Research Methodology, Amsterdam.

de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T. and Dykstra, P. A. (2006) Loneliness and Social Isolation. In Vangelisti, A. L. and D. Perlman (eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge University Press, Cambridge doi:10.1017/CBO9780511606632.027.

Deml, M. (2017) Liens tenus, familiarité publique et capital social face au vieillissement. In Hummel, C., C. Burton-Jeangros and L. Riom (eds.), *Vieillesse et espaces urbains*. Université de Genève, Genève.

Department for Digital, Culture, Media and Sport (2018) *A connected society. A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change*. London.

Di Perna, G., Radford, K., Barbery, G. and Fitzgerald, J. A. (2023) A Systematic Literature Review of Loneliness in Community Dwelling Older Adults. *Social Sciences* 12.1, 21.

Diaz Olalla, J. M., Benitez Robredo, M. T., Rodriguez Perez, M. and y Sanz Cuesta, M. R. (2020) *Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018*. Madrid: Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

Doran, P., Yarker, S., Buffel, T., Satake, H., Watanabe, F., Kimoto, M., Kodama, A., Kume, Y., Suzuki, K., Makabe, S. and Ota, H. (2025) Mobilising Cross-Sectoral Collaboration in Creating Age-Friendly Cities: Case Studies from Akita and Manchester. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 22.1, 73.

Estrategia de la ciudad de Madrid contra la soledad no deseada (n.d.) *SoledadES*. [WWW document]. URL <https://www.soledades.es/politicas/estrategia-de-la-ciudad-de-madrid-contra-la-soledad-no-deseada> (accessed 27th June 2025).

Fierloos, I. N., Tan, S. S., Williams, G., Alhambra-Borrás, T., Koppelaar, E., Bilajac, L., Verma, A., Markaki, A., Mattace-Raso, F., Vasiljev, V., Franse, C. B. and Raat, H. (2021) Socio-demographic characteristics associated with emotional and social loneliness among older adults. *BMC Geriatrics* 21.1, 114.

Franklin, A. and Tranter, B. (2021) Loneliness and the cultural, spatial, temporal and generational bases of belonging. *Australian Journal of Psychology* 73.1, 57–69.

Friedmann, E., Thomas, S. A., Liu, F., Morton, P. G., Chapa, D. and Gottlieb, S. S. (2006) Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal* 152.5, 940.e1-940.e8.

Goldman, N., Khanna, D., El Asmar, M. L., Qualter, P. and El-Osta, A. (2024) Addressing loneliness and social isolation in 52 countries: a scoping review of National policies. *BMC Public Health* 24.1, 1207.

Granovetter, M. S. (1973) The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology* 78.6, 1360–80.

Guo, Y., Liu, Y., Lu, S., Chan, O. F., Chui, C. H. K. and Lum, T. Y. S. (2021) Objective and perceived built environment, sense of community, and mental wellbeing in older adults in Hong Kong: A multilevel structural equation study. *Landscape and Urban Planning* 209, 104058.

Hajek, A., Kretzler, B., Walther, C., Aarabi, G., Zwar, L. and König, H.-H. (2023) Neighbourhood cohesion, loneliness and perceived social isolation prior and during the COVID-19 pandemic. Longitudinal evidence from the German Ageing Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 58.9, 1411–20.

Hauge, S. and Kirkevold, M. (2012) Variations in older persons' descriptions of the burden of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26.3, 553–60.

Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G. and Jivan, T. (2004) Social Isolation and Loneliness: Differences between Older Rural and Urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 23.2, 129–40.

Heikkinen, R.-L. and Kauppinen, M. (2004) Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 38.3, 239–50.

Hochstenbach, C. (2019) The age dimensions of urban socio-spatial change. *Population, Space and Place* 25.2, e2220.

Holt-Lunstad, J. (2017) The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy & Aging Report* 27.4, 127–30.

Holt-Lunstad, J. (2020) Social Isolation And Health. *Health Affairs Health Policy Brief*. doi:DOI: 10.1377/hpb20200622.253235.

Holt-Lunstad, J. (2021) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors: The Power of Social Connection in Prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine* 15.5, 567–73.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. and Stephenson, D. (2015) Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science* 10.2, 227–37.

Jo Cox Commission on Loneliness (2017) *Combatting loneliness one conversation at a time. A call to action*. London.

Kamiya, Y., Whelan, B., Timonen, V. and Kenny, R. A. (2010) The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors. *BMC Geriatrics* 10.1, 81.

Killeen, C. (1998) Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing* 28.4, 762–70.

Klinenberg, E. (2015) *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*. University of Chicago Press.

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P. and Smidt, N. (2015) Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* 22, 39–57.

Lahmar-Eythrib, J. (2025) Chapitre 4. Aidants familiaux : maillon fort dans le parcours de soins des aînés. In *Vieillesse et vieillissements*. EMS Éditions doi:10.3917/ems.szost.2025.01.0050.

Le Borgne, S. (2024) Coping with urban shrinkage: the role of informal social capital in French medium-sized shrinking cities. *European Planning Studies* 32.3, 569–85.

Li, W., Keegan, T. H. M., Sternfeld, B., Sidney, S., Quesenberry, C. P. and Kelsey, J. L. (2006) Outdoor Falls Among Middle-Aged and Older Adults: A Neglected Public Health Problem. *American Journal of Public Health* 96.7, 1192–1200.

Liu, Y., Guo, Y., Lu, S., Chan, O. F., Chui, C. H. K., Ho, H. C., Song, Y., Cheng, W., Chiu, R. L. H., Webster, C. and Lum, T. Y. S. (2023) Understanding the long-term effects of public open space on older adults' functional ability and mental health. *Building and Environment* 234, 110126.

Lord, S. and Piché, D. (2018) *Vieillesse et aménagement: Perspectives plurielles*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

Lu, S., Guo, Y., Chui, C., Liu, Y., Chan, O. F., Chan, S. W. and Lum, T. Y. S. (2022) Neighborhood Environment and Mental Well-Being Among Chinese Older Adults: The Mediating Role of Social Capital. *Innovation in Aging* 6.7, igac070.

Lyu, Y. and Forsyth, A. (2021) Planning, aging, and loneliness: Reviewing evidence about built environment effects. *Journal of Planning Literature* 37.1, 28–48.

Macdonald, M. and Kulakiewicz, A. (2021) *Tackling Loneliness*. London: House of Commons Library.

Madrid Ciudad Amicable con las Personas Mayores (2021) *La soledad en el plan de acción 2021-2023*. Madrid.

Matthews, G. A., Nieh, E. H., Vander Weele, C. M., Halbert, S. A., Pradhan, R. V., Yosafat, A. S., Guber, G. F., Izadmehr, E. M., Thomas, R. E., Lacy, G. D., Wildes, C. P., Ungless, M. A. and Tye, K. M. (2016) Dorsal Raphe Dopamine Neurons Represent the Experience of Social Isolation. *Cell* 164.4, 617–31.

Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S. and Nowicki, S. (2019) Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLOS ONE* 14.2, e0211143.

Mitra, R., Siva, H. and Kehler, M. (2015) Walk-friendly suburbs for older adults? Exploring the enablers and barriers to walking in a large suburban municipality in Canada. *Journal of Aging Studies* 35, 10–19.

Moulaert, T. (2018) Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé »: activité et environnement. *Gérontologie et société* 40156.2, 19–34.

Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N. and Neyer, F. J. (2020) The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc* 24.1, 24–52.

Murberg, T. A. (2004) Long-Term Effect of Social Relationships on Mortality in Patients with Congestive Heart Failure. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 34.3, 207–17.

Noda, S. (2021/7/December) Policies on Loneliness and Isolation in Japan. Minister for Loneliness and Isolation Government of Japan.

Ogg, J. (2005) *Heatwave – Implications of the 2003 French heatwave for the social care of older people*. London: The Young Foundation.

Oldenburg, R. (1989) *The Great Good Place: Cafés, Coffee Shops, Community Centers, Beauty Parlors, General Stores, Bars, Hangouts, and how They Get You Through the Day*. Paragon House, Chicago.

Otoni, C. A., Sims-Gould, J., Winters, M., Heijnen, M. and McKay, H. A. (2016) "Benches become like porches": Built and social environment influences on older adults' experiences of mobility and well-being. *Social Science & Medicine* 169, 33–41.

Patterson, A. C. and Veenstra, G. (2010) Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine* 71.1, 181–86.

Paul, C., Ayis, S. and Ebrahim, S. (2006) Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine* 11.2, 221–32.

Petits Frères des Pauvres (2021) *Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021*, No. 6. Petits Frères des Pauvres.

Poldma, T., Labbé, D., Kehayia, E., Swaine, B. and Herbane, H. (2018) La participation sociale des aînés en centre commercial : un laboratoire vivant. In Lord, S. and D. Piché (eds.), *Vieillesse et aménagement: Perspectives plurielles*. Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon and Schuster, New York, NY.

Riffaut, H., Dessajan, S., Saurier, D., Berhuet, S. and Hoibian, S. (2024) *Solitudes 2024. Le temps des solitudes, Les fragilités relationnelles à l'épreuve des temporalités*. Fondation de France.

Riffaut, H., Dessajan, S., Saurier, D., Berhuet, S., Hoibian, S. and Ponton, C. (2023) *Solititudes 2023. (Re)Liés par les lieux. Une approche territoriale et spatiale des solitudes et du lien social*. Fondation de France.

Saito, M., Aida, J., Cable, N., Zaninotto, P., Ikeda, T., Tsuji, T., Koyama, S., Noguchi, T., Osaka, K. and Kondo, K. (2021) Cross-national comparison of social isolation and mortality among older adults: A 10-year follow-up study in Japan and England. *Geriatrics & Gerontology International* 21.2, 209–14.

Sandu, V., Zolyomi, E. and Leichsenring, K. (2022) *Social isolation and loneliness among older people in Europe - Evidence, policies and interventions*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Schnepf, S. V., d'Hombres, B. and Mauri, C. eds. (2024) *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions*. Springer Nature Switzerland, Cham doi:10.1007/978-3-031-66582-0.

Serres, J.-F. (2017) *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, No. 17. Paris: Conseil économique, social et environnemental.

Shumway-Cook, A., Patla, A. E., Stewart, A., Ferrucci, L., Ciol, M. A. and Guralnik, J. M. (2002) Environmental Demands Associated With Community Mobility in Older Adults With and Without Mobility Disabilities. *Physical Therapy* 82.7, 670–81.

Stephens, A., Shankar, A., Demakakos, P. and Wardle, J. (2013) Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 110.15, 5797–5801.

Ten Kate, R. L. F., Bilecen, B. and Steverink, N. (2020) A Closer Look at Loneliness: Why Do First-Generation Migrants Feel More Lonely Than Their Native Dutch Counterparts? *The Gerontologist* 60.2, 291–301.

Theeke, L. A., Goins, R. T., Moore, J. and Campbell, H. (2012) Loneliness, Depression, Social Support, and Quality of Life in Older Chronically Ill Appalachians. *The Journal of Psychology* 146.1–2, 155–71.

Thies, S. B., Kenney, L. P. J., Howard, D., Nester, C., Ormerod, M., Newton, R., Baker, R., Faruk, M. and MacLennan, H. (2011) Biomechanics for inclusive urban design: Effects of tactile paving on older adults' gait when crossing the street. *Journal of Biomechanics* 44.8, 1599–1604.

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. and Hanratty, B. (2016) Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 102.13, 1009–16.

van de Velde, C. (2025) Sociology of loneliness: An introduction. *Acta Sociologica* 00016993251330960. doi:10.1177/00016993251330960.

van de Velde, C., Boudreault, S. and Berniard, L. (2024) Seul.es au monde ? Les jeunes adultes et la solitude pendant la pandémie. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine* 45.

Victor, C. R. and Pikhartova, J. (2020) Lonely places or lonely people? Investigating the relationship between loneliness and place of residence. *BMC Public Health* 20.1, 778.

Wilkinson, E. (2022) Loneliness is a feminist issue. *Feminist Theory* 23.1, 23–38.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y. and Bennett, D. A. (2007) Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry* 64.2, 234–40.

Wood, L., Shannon, T., Bulsara, M., Pikora, T., McCormack, G. and Giles-Corti, B. (2008) The anatomy of the safe and social suburb: An exploratory study of the built environment, social capital and residents' perceptions of safety. *Health & Place* 14.1, 15–31.

Yarker, S. (2021) *Creating Spaces for an Ageing Society: The Role of Critical Social Infrastructure*. Emerald Group Publishing.

Yung, E. H. K., Conejos, S. and Chan, E. H. W. (2016) Social needs of the elderly and active aging in public open spaces in urban renewal. *Cities* 52, 114–22.